

Din cuprins:

Să ne eliberăm de anxietate și panică • Fobiile – o piedică în calea echilibrului psihic și comportamentului echilibrat • Tehnici simple de psihoterapie a obsesiilor • Psihoterapia anxietății legate de probleme sexuale • Psihoterapia pentru persoanele cu teamă de a se angaja în relații apropiate cu ceilalți.

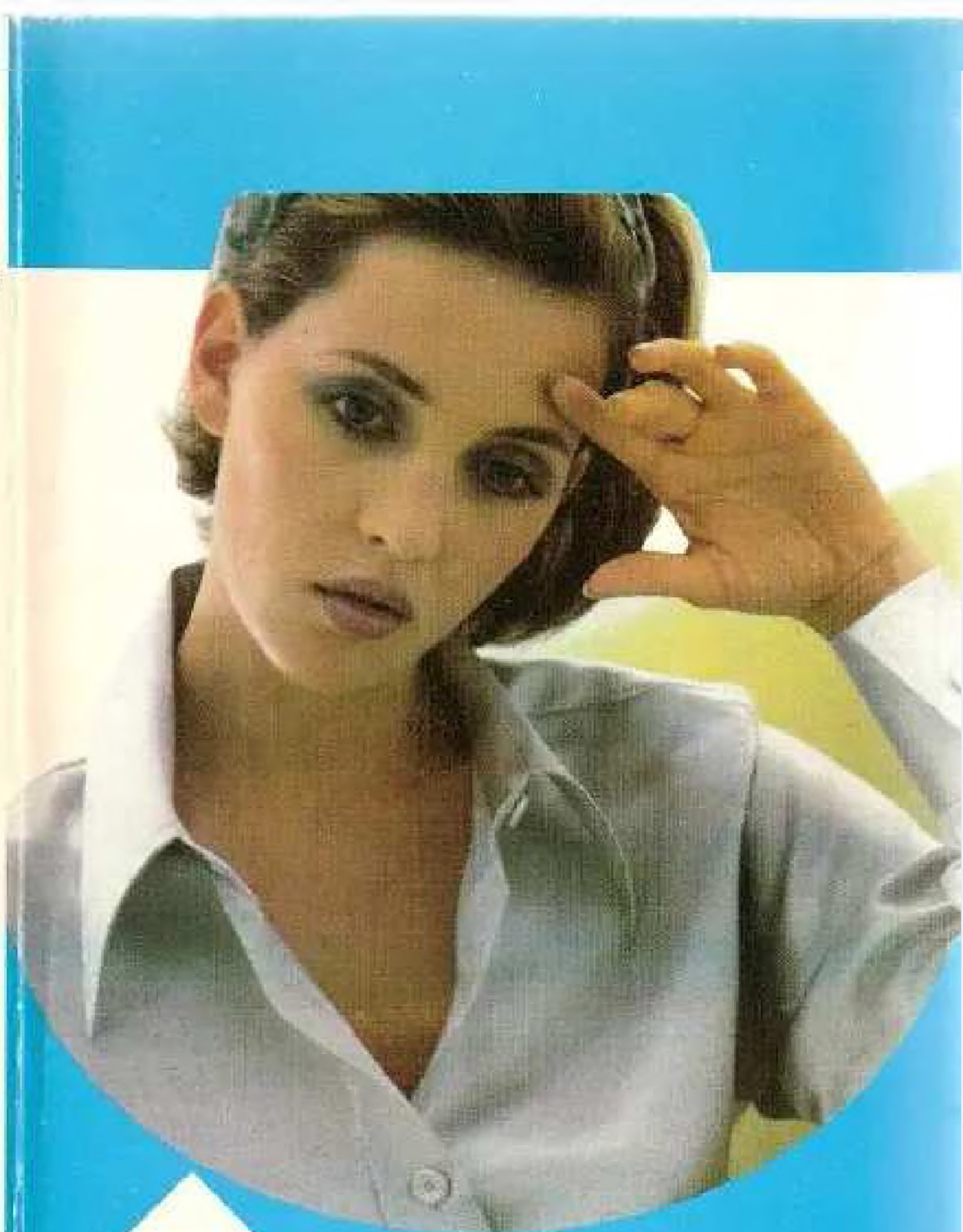


colecția caleidoscop
EDITURA CERES
Piața Presei Libere nr. 1
Sector 1 București
Tel.: 222 48 36

ISBN 973-40-0420-4

230

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR ANXIOASE • Irina Holdevici





Irina Holdevici

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR ANXIOASE

230

Practic!
Instructiv!
Educativ!

* caleidoscop *

11 martie 2001

Prezintă soluții practice și răspunde la cele mai diferite probleme pe care le întâmpinăm zilnic în preocupările noastre pentru îmbunătățirea și înfrumusețarea vieții.

Redactor: AURORA DUMITRU
Tehnoredactor: STELIANA PARIZIANU



EDITURA CERES
București
1998

IRINA HOLDEVICI



PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR ANXIOASE

(Să ne eliberăm de frici, obsesii și fobii)

ISBN 973-40-0420-4

CUVÂNT ÎNAINTE

Lucrarea „Psihoterapia tulburărilor anxioase" își propune să prezinte cititorului un număr de tehnici psihoterapeutice, de orientare comportamentală și cognitiv comportamentală, tehnici menite să contribuie la reducerea anxietății și la optimizarea comportamentului uman.

Unele din respectivele tehnici se utilizează în cabinetele de consiliere psihologică și psihoterapie, pe când altele, mai simple, pot fi utilizate chiar de persoanele care suferă de tulburări anxioase nu prea grave, în absența unui terapeut calificat, acestea din urmă căpătând, mai curând, caracterul unor metode de autoreglare a comportamentului.

În lucrare sunt descrise principalele tulburări care au la bază anxietatea, cauzele acestora precum și principiile generale ale psihodiagnozei și psihoterapiei anxietății.

Sunt prezentate în detaliu metode comportamentale și cognitiv comportamentale de terapie a tulburărilor caracterizate prin anxietate generalizată și atacuri de panică, precum și a tulburărilor fobice și obsesiv-compulsive. O atenție specială este acordată și anxietății legate de problemele sexuale și de relațiile interpersonale.

Lucrarea se adresează deopotrivă tuturor celor interesați să se inițieze în domeniul psihoterapiei comportamentale, precum și psihologilor, medicilor, studenților din facultățile de psihologie și medicină, și publicului larg care dorește să cunoască problematica tulburărilor anxioase și să-și însușească metode simple de contracarare a acestora.

AUTOAREA

NATURA ANXIETĂȚII ȘI A FRICILOR UMANE

Frica este o stare afectivă negativă care apare în situația în care subiectul întrezărește un pericol iminent. Reacțiile psihofiziologice care apar în cazul fricii pregătesc organismul pentru reacția de fugă, de luptă sau îl *paralizează* transformându-l într-o *stană de piatră*.
Frica normală este o reacție emoțională cu caracter adaptativ pentru că, în cazul unei amenințări, ne mobilizează să luăm anumite măsuri pentru a ne salva viața. Acest mecanism funcționează și în cazul fricilor psihologice, determinând subiectul să întreprindă acțiuni de autoprotecție. Astfel, dacă un coleg uneltește pentru a ne lua serviciul, trebuie să acționăm spre a-l împiedica.
Teama, în doze moderate, crește acuitatea perceptivă, capacitatea de concentrare a atenției, face ca gândirea să fie mai clară și mai rapidă, mobilizează energiile, activează reflexele, astfel încât subiectul să fie în stare să acționeze mai repede și mai bine.
Fricile sau temerile iraționale apar atunci când subiectul se simte și se comportă ca și în cazul unui pericol major, în cazul unui pericol minimal sau chiar inexistent. Astfel, o persoană cu fobie de câini, poate fi paralizată de groază la vederea unui *cățeluș inofensiv*.

Anxietatea este definită de specialişti ca o teamă difuză, fără un obiect bine precizat. Subiectul trăieşte o încordare continuă, simţindu-se permanent ameninţat. El este foarte nervos şi de multe ori nici nu realizează de fapt ce anume îl sperie atât de tare.

În literatura anglo-saxonă găsim frecvent pentru a descrie o astfel de stare, termenul de „*anxietate care pluteşte în aer*" şi se fixează când pe un obiect când pe altul, astfel încât subiectul anxios, imediat ce a scăpat de un motiv de îngrijorare, găseşte imediat altul.

Fobia (termenul provine din grecescul „*phobos*", care înseamnă fugă, dar şi de la zeul cu acelaşi nume, care putea provoca teamă şi panică duşmanilor săi) reprezintă o frică persistentă de un obiect, gând sau situaţie care în mod obişnuit nu justifică teama. Subiectul îşi dă seama de faptul că frica sa este ridicolă, lipsită de sens, luptă împotriva ei, dar nu o poate învinge.

Panica (de la zeul Pan) desemnează un puseu brusc şi acut de teroare. Psihopatologii sunt de părere că anxietatea, fobiile şi atacurile de panică reprezintă frici cu caracter iraţional.

Manualul Diagnostic şi Statistic al Asociaţiei Psihiatrilor Americani D.S.M. III, distinge două forme de bază ale tulburării anxioase:

a) *Stările anxioase*;

b) *Tulburările de tip fobic.*

Stările anxioase cuprind:

• tulburări anxioase generalizate; • tulburări de tip panică; • tulburări obsesiv-compulsive;

Cercetătorii au stabilit că 2–4% din populație au fost diagnosticați ca având fobii sau alte tulburări anxioase.

TULBURĂRI ANXIOASE GENERALIZATE ȘI TULBURĂRI DE TIP PANICĂ (ATACURILE DE PANICĂ)

Tulburările anxioase generalizate se caracterizează prin prezența unei trăiri anxioase cronice (cu durată de cel puțin o lună), difuze, cu trăirea aprehensiunii unui pericol iminent. Această stare poate fi marcată de episoade anxioase cu caracter mai acut și dezaptativ. Dar deoarece nici anxietatea difuză, nici atacurile acute nu au legătură cu o amenințare directă, această anxietate este caracterizată, așa cum am subliniat, ca fiind o anxietate care plutește liber. Acești subiecți se află într-o permanentă stare de tensiune și supraîncordare, îngrijorare și nu se simt niciodată în largul lor. Ei sunt hipersensibili la relațiile interpersonale și adesea se simt inadecvați și depresivi. Adesea au dificultăți de concentrare și se tem să nu comită vreo eroare. Nivelul ridicat al supraîncordării se reflectă în supraîncordarea posturală și gesturală, hiperreactivitatea la stimulii surveniți brusc sau neașteptat și în mișcările care trădează nervozitatea. Frecvent ei se plâng de tensiune în zona gâtului, cefei, umerilor și părții superioare a spatelui, diaree cronică, poliurie și tulburări de somn (insomnii și coșmaruri). Ei

- tulburări post-traumatice datorate stresului.

ude. Pot suferi de hipertensiune arterială, puls accelerat, tulburări respiratorii sau palpitații fără vreun motiv de natură fiziologică. Indiferent cât de bine le merge în viață, ei sunt temători și așteaptă mereu un eveniment negativ. Temerile și fanteziile lor vagi, combinate cu hipersensibilitatea lor îi fac să se simtă triști și descurajați. Nu numai că au dificultăți în luarea deciziilor, dar după ce au luat o hotărâre se frământă să nu fi greșit cumva și se gândesc la tot felul de factori neprevăzuți care ar putea duce la dezastre. Cum au scăpat de o sursă de îngrijorare, găsesc imediat alta, astfel încât rudele și prietenii își pierd adesea răbdarea cu ei. Și seara la culcare, în loc să se odihnească liniștiți, ei își trec în revistă greșelile, reale sau imaginare. Când nu rumineazà problemele trecute, anticipează toate greutățile și problemele ce ar putea apărea în viitor. În timpul somnului au vise terifiante în care visează că sunt asasinați, strangulați, cad de la înălțime etc. Anxietatea difuză este punctată de *atacuri de panică* care durează de la câteva secunde până la o oră sau chiar mai mult. În D.S.M. III se consideră că orice atac anxios este o tulburare de tip panică și este tratat într-o categorie separată de entități nozografice (maladii). Aceste atacuri apar brusc, au o intensitate foarte mare și apoi dispar. Atât apariția cât și dispariția lor nu au o cauză evidentă.

Simptomatologia variază de la individ la

transpiră frecvent și au de obicei palmele

dente; amețeli; senzație de leșin; răcirea extremităților; paloarea feței; nevoia de a urina; senzații diverse în zona abdominală; senzația de moarte iminentă.

De regulă, atacul durează câteva minute și se remite. În cazul în care acesta durează ceva mai mult, pacientul imploră anturajul să cheme un medic. Acesta liniștește bolnavul și îi administrează sedative.

Atacurile variază ca frecvență de la câteva pe zi până la unul pe lună sau chiar mai rare. Ele se pot declanșa în timpul zilei sau noaptea când persoana se trezește brusc din somn cu un puternic sentiment de teamă, care evoluează rapid sub forma unui atac. Între atacuri individul se comportă normal, dar o anxietate și tensiune psihică persistă de regulă.

Un om de afaceri cu succes a început să dezvolte atacuri de panică la 2–3 luni. El era căsătorit cu o femeie mai mare decât el, de care nu se mai simțea atras fizic. Acum el începe să fie interesat de femei mai tinere. Atacurile de panică apar imediat ce întâlnește o astfel de femeie de care se îndrăgostește. Deși el nu poate găsi nici o explicație pentru stările sale, aceasta este evidentă: el a avut o copilărie nesigură, a trăit în sărăcie și s-a simțit permanent nesigur și amenințat de lumea dură. A reușit să se echilibreze oarecum căsătorindu-se cu o femeie puternică de tip matern, cu care a avut și serioase

individ, incluzând în general: palpitaţii; respiraţie rapidă şi sacadată; transpiraţii abun-

Obsesia reprezintă preocuparea persistentă pentru ceva, un gând sau o trăire afectivă. *Compulsia* este un impuls spre ceva, pe care pacientul îl trăieşte ca irezistibil. În cazul tulburării obsesiv-compulsive pacienţii se simt forţaţi să se gândească la ceva la care nu doresc să se gândească, sau să întreprindă acţiuni pe care nu doresc să le realizeze. Ei simt că comportamentul lor este iraţional dar nu se pot controla.

Tulburările obsesiv-compulsive reprezintă aproximativ 17–20% din cadrul tulburărilor anxioase. Ideile obsesive pot îmbrăca tematică foarte variată cum ar fi preocupări pentru starea de sănătate proprie, comiterea unor acte imorale, suicid sau căutarea unor soluţii la probleme insolvabile. Exemplu: o soţie poate fi obsedată de gândul de a-şi otrăvi soţul.

Deşi gândurile obsesive nu sunt de regulă duse la îndeplinire, ele reprezintă o permanentă sursă de tortură psihică pentru individ. Krains (1984) descrie un astfel de caz: O tânără avea tot felul de gânduri obsesive: să-şi vadă iubitul mort, să cadă mama pe scări, să se înece sora ei etc.

În cazul apariţiei gândurilor obsesive, pacienţii practică ritualurile obsesive pentru a *preîntâmpina* producerea evenimentului (bat în lemn; păşesc doar pe anumite porţiuni ale trotuarului; se întorc din drum când apare o

realizări materiale. Gândul de a divorţa de puternica parteneră suportivă stă la baza atacurilor de panică.

compulsiv, de regulă, poate produce o descărcare a tensiunii psihice (Carr, 1971; Hodgson şi Richman, 1972). Dacă subiectul încearcă să reziste compulsiunii, anxietatea creşte foarte mult.

Tulburarea obsesiv-compulsivă este considerată dezadaptativă pentru că subiectul desfăşoară comportamente neraţionale care reduc flexibilitatea conduitei şi capacitatea de autocontrol. *Fobia* este teama patologică faţă de un obiect bine precizat care nu reprezintă o ameninţare directă pentru pacient.

PRINCIPALELE TIPURI SAU FORME DE FOBII

1. *Fobie de obiecte, locuri, situaţii.* Este cel mai uşor de recunoscut şi majoritatea autorilor reduc fobiile doar la această categorie. De regulă, aceste fobii sunt denumite prin termeni greceşti. Iată câteva tipuri de fobii mai cunoscute:

acropofobia – teamă de locuri înalte;
agorafobia – teama de spaţii largi, de locuri deschise etc.
aictiofobia – teamă de obiecte ascuţite;
aquafobia – teamă de apă;
aviafobia – teamă de zbor;
claustrofobia – teamă de de spaţii închise;
misofobia – teamă de murdărie, microbi, contaminare;

pisică neagră etc.)
Actele compulsive pot fi minore (își face cruce de câteva ori pe zi), sau deranjante (se spală pe mâini de 10 ori pe oră). Realizarea actului

2. *Fobii sociale sau frici cu caracter interpersonal.* Sunt mult mai dificil de identificat și se referă la teama de a fi respins, fobia de tandrețe, de comportamente agresive, de eșec sau chiar de succes. Aceste reacții fobice sunt mai greu de recunoscut cel puțin din două motive:

• adesea subiectul declanșează instantaneu comportamentele de evitare.

Astfel, dacă persoana nu se angajează în activități cu caracter performanțial, ea nu are de unde să știe că se teme de eșec sau dacă nu intră în relații apropiate cu un partener de sex opus, nu va conștientiza teama de a fi lovită sau respinsă.

• subiectul poate conștientiza doar aspectul rezonabil al fricii sale, nu și reacțiile sale exagerate. Astfel, majoritatea persoanelor care eșuează în relațiile interpersonale se simt nefericite, dar nu distruse. Subiectul, care are fobie de a fi respins, se simte distrus atunci când așa ceva se întâmplă și își asumă tot mai puține riscuri de a intra în relații interpersonale.

3. *Teamă de propriile stări și frici interioare.* Se referă la fobia de anxietate, panică sau de modificările psihofiziologice specifice

nictofobia – teamă de întuneric;
patofobia – teamă de oboseală;
zoofobia – teamă de animale;
pirofobia – teamă de foc.

---

reacţii, subiectul va începe să evite situaţiile care le declanşează.
Fensternheim, (1977) este de părere că agorafobia nu reprezintă decât o formă extremă a acestei fobii, de propriile frici şi reacţii.

4. *Teama (fobia) de gânduri.* În loc să se teamă de propriile stări afective sau fiziologice, subiectul se teme de propriile gânduri (*o să am un accident de maşină*, *o să mă îmbolnăvesc de o boală gravă*, etc). Persoana în cauză este cuprinsă de anxietate şi de permanente gânduri obsesive. Deoarece în astfel de cazuri subiectul nu poate evita situaţia care îi produce teamă el declanşează aşa numitele acţiuni compulsive (se întoarce de 10 ori să verifice dacă a închis uşa, se spală de foarte multe ori pe zi pe mâini etc).

5. *Fricile secundare.* Există situaţii când anxietatea reprezintă o reacţie de ordinul al doilea la alte probleme, persoanele aflate în situaţie de stres puternic putând declanşa o astfel de reacţie de teamă, datorită scăderii rezistenţei psihice generale. Astfel, de pildă, o studentă a dezvoltat o fobie de a coborî scările după o sesiune foarte grea.
Fobiile se manifestă mai mult la adolescenţi şi tineri decât la adulţi, mai mult la femei decât la

acestora.
În astfel de cazuri subiectul se teme mai mult de propriile sale trăiri și reacții decât de situațiile care le generează, acesta temându-se de palpitații, amețeli, de senzația de leșin sau de faptul că se va înroși. De teama propriilor

Fobicii mai prezintă și simptome asociate cum ar fi: dureri de cap de tip tensional; dureri de spate; tulburări digestive; amețeli; teama de a nu claca; senzația de straniu, de a nu fi ei înșiși; dispoziție depresivă; dificultăți de relaționare; în unele cazuri apar dificultăți serioase de a lua decizii (decidofobia – Kaufman, 1973).
Fobia poate fi și expresia nevoii de a evita responsabilitățile vieții adulte, la baza acestei tulburări stând inhibarea comportamentului independent. Acest lucru este valabil mai ales pentru persoanele cu fobii multiple. Astfel, o tânără femeie cu fobii multiple a urmat o serie de tratamente medicamentoase și psihoterapeutice care însă au dat rezultate slabe. La un moment dat ea se căsătorește cu un bărbat mai în vârstă care pare foarte puternic și protector. Când se dovedește că forța sa nu este reală ci are o bază nevrotică, severitatea simptomelor soției devine foarte amplă. Terapeutul o abordează astfel: ignoră fricile ei și îi centrează atenția asupra relației cu soțul. Rezultatul este că ea devine dependentă de terapeut și continuă să se plângă de fobii chiar și când acestea au dispărut aproape total. Totuși, relația cu soțul s-a ameliorat, ea ajungând să manifeste simpatie și toleranță

bărbaţi. Dacă o persoană fobică se apropie de locul care îi trezeşte teamă, apare o anxietate puternică ce se transformă într-un adevărat atac de panică.

Shakespeare în piesa lui „*Neguţătorul din Veneţia*" vorbea despre fobia de pisici, iar mai târziu, Descartes se referea la trăirea ciudată a unor oameni care nu puteau suporta mirosul de trandafiri sau intrau în panică la vederea unei pisici.

Deşi aceste simptome sunt vechi de când lumea, abia pe la jumătatea secolului XIX ele au fost considerate ca aparţinând domeniului clinic.

Dintre teoriile explicative ale comportamentelor de tip fobic, cele mai interesante rămân, în opinia noastră, teoria psihanalitică şi teoria comportamentalistă. Astfel, Freud era de părere că fobiile reprezintă mecanisme de apărare ale eului menite să protejeze fiinţa umană împotriva unei anxietăţi inconştiente mult mai profunde, anxietate rezultată în urma nerezolvării complexului Oedip care se referă, în esenţă, la dragostea şi dorinţa sexuală a copilului pentru părintele de sex opus. A rămas celebru în istoria psihanalizei cazul micului Hans care avea fobie de cai (copilul refuza să meargă pe stradă de teamă că l-ar putea muşca un cal). Freud a analizat acest caz şi a ajuns la concluzia că în spatele fobiei de cai se ascundea teama inconştientă a copilului că va fi pedepsit de tata (prin

față de slăbiciunile partenerului.
Încă din cele mai vechi timpuri oamenii au suferit de frică.
Astfel, istoria și literatura ne oferă numeroase exemple. Medicul grec Hipocrate scria despre Damocles care nu putea trece pe lângă o prăpastie sau pe un pod,

Pe măsură ce aceste complexe și conflicte de natură inconștientă sunt aduse la lumină, dispar și fobiile, pentru că subiectul nu mai are nevoie de ele ca mecanisme de apărare.
Dezavantajul acestei terapii psihanalitice este că ea durează un timp foarte îndelungat (în medie 2 ani), iar rezultatele sunt incerte pentru anumite categorii de subiecți. Este cunoscut faptul că pacienții potriviți pentru psihanaliză trebuie să aibă un nivel intelectual și cultural ridicat, o vârstă relativ tânără – până la 35 de ani –, timp liber și o situație materială care să le permită să facă față costurilor terapiei.
Dacă psihanaliștii consideră că oamenii sunt neajutorați până în momentul în care reușesc să dezgroape toate conflictele de natură inconștientă produse în copilărie, psihologii comportamentaliști sunt de părere că frica reprezintă un comportament învățat.
În loc să se întrebe, ca psihanaliștii ce anume din inconștientul tău a produs teama, comportamentaliștii își pun întrebări de genul următor:
Cum a învățat subiectul să se teamă? Ce anume îl determină să se dezvețe de frică?

castrare) pentru dorința sa erotică față de mamă.

În timpul curei analitice, prin intermediul unor metode specifice, dintre care cele mai cunoscute sunt asociația liberă și analiza viselor, subiectul lucrează asupra sa pentru a scoate la iveală din inconștient complexul lui Oedip.

se temea de șobolan, dar se temea de zgomote puternice. Pe baza acestei observații, cercetătorii au asociat prezentarea animalului cu un zgomot puternic și după un număr de repetări, copilul a dezvoltat teamă de animal, chiar în absența zgomotului. Ulterior, teama s-a generalizat și la alte situații. Astfel copilul a devenit fobic la animale și la obiecte din blană.

Peste câțiva ani, Mary Cover Jones a demonstrat faptul că se poate utiliza condiționarea și pentru ca subiectul să se elibereze de teamă. Lui Peter, un copil de trei ani, îi era frică de iepuri. Terapeuta a prezentat copilului animalul aflat în cușcă în timp ce îi oferea câte o bomboană. Rezultatul a fost că peste câteva săptămâni copilul se juca liniștit cu iepurii de casă.

Cercetătorii care au realizat astfel de experimente s-au confruntat însă cu o problemă dificilă: dacă fricile pot fi înlăturate, de ce persistă ele totuși în situațiile de viață. Răspunsurile la această întrebare le-a dat Hoburt Mowrer, care a propus, pentru explicarea comportamentului fobic, o teorie în două

Sunt bine cunoscute două experimente clasice în urma cărora a rezultat în mod evident faptul că reacţiile emoţionale pot fi învăţate şi dezvăţate.
Astfel, în 1920 J. B. Waton, întemeietorul teoriei comportamentaliste, împreună cu colaboratoarea sa Rosalie Rayner, au reuşit să provoace la un copil de 11 luni (Albert) teamă de şobolanii albi. La început copilul nu

a) Evitarea situaţiei care declanşează teama (persoanele care se tem să călătoreacă cu avionul, vor prefera trenul);
b) Evadarea din situaţia anxiogenă atunci când subiectul a intrat în aceasta (subiectul se urcă în metrou, intră în panică şi coboară la prima staţie).
Ori de cât ori subiectul utilizează una din strategiile respective, anxietatea sa diminuă, dar, se întăresc modelele de comportament evitare – evadare şi acest lucru are drept consecinţă faptul că subiectul caută să nu se expună situaţiilor care declanşează comportamentul de tip fobic.
Există persoane al căror comportament este guvernat de frică şi ei sunt conştienţi de aceasta, pe când alţii nici nu bagă de seamă faptul că frica le conduce viaţa. Aceştia din urmă pot să călătorească, au succese profesionale, pot vorbi în public, au viaţă de familie corespunzătoare şi totuşi, sunt mereu supraîncordaţi şi speriaţi chiar dacă fricile lor sunt minore (frică de păianjeni, de a urca singuri cu liftul sau de a conduce maşina).
Fensterheim şi Jean Baer (1984)

comportamentului fobic, o teorie în două trepte sau etape:

Etapa 1: Subiectul învață să se teamă prin intermediul condiționării. Odată ce teama s-a fixat, acesta are tendința de a se elibera de ea.

Etapa 2: Subiectul învață foarte repede cum se poate elibera de teamă prin intermediul a două tehnici:

a lua parte la evenimente sociale, de a fi singur sau de a fi respins.

Terapeuții de orientare comportamentalistă și cognitiv-comportamentală pornesc în terapia comportamentelor fobice de la următoarele premize:

- Majoritatea comportamentelor fobice sunt învățate (dacă nu cumva chiar toate). Din acest motiv, chiar dacă vi se pare că aveți fobia de când vă știți, vă puteți dezvăța de ea.
- În cazul în care un comportament de tip fobic este dezvățat (se decondiționează) nu apar alte frici care să-l substituie, ci dimpotrivă, persoana obține o mai bună adaptare la mediu.
- Reacția fobică este o deprindere greșită și ca orice deprindere greșită, ea se poate modifica.
- Cu ajutorul unor cunoștințe speciale, a unor antrenamente psihologice bazate pe gândire, imaginație și voință, comportamentele de tip fobic pot să dispară în câteva luni, nu în câțiva ani.
- Nu trebuie să vă închipuiți că vă veți elibera

sunt de părere că orice teamă care este atât de puternică încât împiedică persoana să îndeplinească o acțiune este de fapt o reacție de caracter fobic. Deși în tratatele de psihiatrie fobia este definită ca fiind o teamă cu obiect bine precizat (de animale, de furtună, de înălțime etc.), autorii menționați consideră că putem include în cadrul fobiilor și frici cu caracter mai abstract cum ar fi frica de responsabilitate, de pierderea controlului, de

sonale apropiate, alegerea unor profesiuni dorite sau a trăi o viață agreabilă plină de satisfacții. Cu alte cuvinte, fricile iraționale pot face dintr-o persoană sănătoasă și inteligentă o persoană infirmă.

* *
*

Individul care dorește să se debaraseze de teamă trebuie să aibă în vedere câteva lucruri:

- Trebuie să aveți în vedere faptul că nu sunteți un caz unic și irecuperabil pentru că există milioane de oameni care suferă de frici iraționale și care își spun că ceva este în neregulă cu ei.
- Niciodată nu este prea târziu ca să te schimbi.

Fensterheim (1984) relatează faptul că cel mai vârstnic pacient pe care l-a tratat cu succes de teama de a părăsi New York-ul avea 90 de ani. După ce a făcut psihoterapie, acesta a fost capabil să zboare cu avionul la

chiar de orice teamă, dar veți fi capabili să vă controlați teama, să-i faceți față.

Temerile iraționale blochează viața și activitatea oamenilor indiferent de vârstă, împiedicându-i să învețe, să lucreze, să călătorească, într-un cuvânt, să trăiască normal. Datorită anxietății (teamă fără obiect bine precizat) sau a fricilor de tip fobic, persoana poate renunța la o serie de obiective dezirabile cum ar fi stabilirea unor relații interper-

produc, cum influențează ele viața individului și ce anume face acesta pentru a le menține. Astfel, subiectul trebuie să realizeze faptul că întrezărește pericole uriașe, deși pericolele sunt minore sau poate să își imagineze chiar pericole care nu există deloc, cât și măsura în care fricile respective îl împiedică să întreprindă diverse lucruri pe care ar dori să le întreprindă.

3. Pentru a se elibera de anxietate și fobii este obligatoriu ca subiectul să urmeze un program de terapie comportamentală și cognitiv-comportamentală care constă mai ales în tehnici de desensibilizare. Cu alte cuvinte, trebuie să facă acele lucruri pe care dorește să le facă, pentru a nu se mai teme de ele.

4. Programul de combatere a fricii învățat împreună cu terapeutul, trebuie aplicat și la situațiile de viață. În același timp subiectul trebuie să-și modifice stilul de viață învățând să trăiască împreună cu fricile sale sau să se elibereze complet de ele.

Washington pentru a-și vedea nepoții.

• Chiar și fobiile foarte vechi fixate încă din copilărie pot fi tratate dacă subiectul parcurge următoarele etape:

1. Descoperirea naturii fobiei respective. Așa cum am subliniat, unele fobii sunt evidente (de avion, de lift, de a merge singur pe stradă etc.) în timp ce altele sunt ascunse, cum ar fi, de pildă, teama de a fi respins.

2. Subiectul trebuie să conștientizeze faptul că fobiile sunt frici învățate, să învețe modul în care funcționează ele, ce reacții fiziologice

SĂ NE ELIBERĂM DE ANXIETATE ȘI PANICĂ

Așa cum am mai subliniat, anxietatea este definitivă ca o teamă nespecifică, fără legătură cu situațiile externe și care nu este asociată cu comportamentul de evitare sistematică a anumitor situații, cum se întâmplă în cazul fobiilor. Cu toate acestea, interviurile realizate asupra unor pacienți suferind de anxietate au condus la concluzia că nu este vorba chiar de o teamă fără obiect, pentru că respectivii pacienți percep mediul înconjurător ca fiind amenințător și anxiogen. Astfel, anxietatea respectivilor pacienți devine un răspuns logic la o interpretare eronată a

Un loc important în cadrul psihoterapiei stărilor anxioase îl ocupă și actualizarea disponibilităților psihice latente, prin intermediul unor antrenamente speciale, cum ar fi, de pildă, cele de relaxare sau autopsihoză.

pericol iminent, sentiment însoțit de o serie de manifestări psihofiziologice de mare amploare; senzație de leșin, tremurături, trăirea sentimentului de irealitate. Caracterul brusc și neașteptat al manifestărilor respective îi sugerează pacientului ideea că ar putea fi victima unei boli somatice sau psihice grave: infarct, pierderea controlului, instalarea unei stări psihotice (de nebunie).

În absența atacurilor de panică pacienții sunt calmi și liniștiți, cu toate că mulți dintre ei trăiesc o anumită stare de anxietate anticipatorie cu privire la un posibil atac în viitor.

b) A doua formă sub care se manifestă tulburarea anxioasă o reprezintă *evaluarea nerealistă și anxioasă a unor evenimente esențiale.* Și în acest caz, anxietatea poate fi însoțită de o serie de simptome somatice, ca de pildă: supraîncordare musculară, tremurături, neliniște, oboseală, tulburări respiratorii, palpitații, transpirații excesive, uscăciune a gurii, amețeli,

realității. Această observație stă la baza abordării psihoterapeutice cognitiv-comportamentaliste prin intermediul căreia pacienții sunt ajutați să descopere, să evalueze și să modifice modul lor nerealist de apreciere a unor pericole potențiale.

Cercetările recente au evidențiat prezența a două tipuri de manifestare a anxietății (Barlow, Blanchard, Vermilyea și Di Nardo, 1986; Clark ș.a., 1988):

a) *Atacurile de panică, care apar brusc, neașteptat, indiferent de situație.* Acestea constau în trăirea unui sentiment puternic de

poate avea și ea debut brusc dar cel mai adesea acesta are un caracter insidios.

În ambele tipuri de tulburări, evenimentele stresante ale existenței joacă un rol important. Mulți pacienți cu tulburări anxioase nu realizează de la început că problema lor are la bază anxietatea. De regulă, ei se adresează la început medicului specialist în medicină generală, pentru acuze somatoforme. Când în cele din urmă acești pacienți ajung la psihiatrie, ei mai păstrează unele dubii cu privire la natura simptomatologiei lor.

Ideea centrală a abordării cognitive a tulburărilor emoționale constă în aceea că nu evenimentul în sine ci expectațiile individului în legătură cu acesta sunt generatoare de simptome. În cazul anxietății, de regulă, subiectul supraevaluează semnificația pericolului într-o conjunctură dată.

senzaţie de greaţă, diaree, micţiuni frecvente, dificultăţi de concentrare a atenţiei, senzaţie de nod în gât, insomnie, irascibilitate etc.

Trebuie menţionat faptul că un număr mare de pacienţi suferă de ambele tipuri de anxietate. Lader şi Marks (1971) afirmă că tulburările anxioase sunt prezente la aproximativ 8% din pacienţii ambulatori care se adresează cabinetelor de psihiatrie şi psihoterapie. Tulburările fobice afectează un număr mult mai redus de pacienţi (3%).

Atacurile de panică debutează, de regulă, brusc aproximativ între 20 şi 30 de ani (Rapel, 1985). Anxietatea generalizată

toare şi care îi determină diverse situaţii într-un mod negativ.

Un exemplu de astfel de regulă cu caracter disfuncţional ar fi următoarea: *„dacă nu mă agrează toată lumea, înseamnă că sunt lipsit de valoare"*. Un individ care se bazează pe o astfel de afirmaţie poate interpreta tăcerea celor doi din jur ca pe un indiciu că ceea ce spune el este perceput de ceilalţi ca fiind neinteresant.

Afirmaţiile cu caracter disfuncţional s-au format în urma unor experienţe învăţate în copilărie şi ele pot rămâne în stare latentă până când pot fi activate de anumite evenimente externe. De pildă, o tânără al cărui tată a decedat brusc şi neaşteptat la vârsta de 40 de ani în urma unor simptome somatice neobişnuite şi eronat diagnosticate, poate dezvolta convingerea că orice simptom somatic apărut brusc poate duce la moarte. Această convingere are o

În cadrul modelelor cognitive ale tulburării emoționale sunt luate în considerație două nivele diferite ale gândirii negative:

a) Gândurile negative (și imaginile negative) ce apar în mod automat atunci când subiectul trăiește starea de anxietate (de exemplu, un individ anxios în legătură cu impresia pe care o face în societate, poate dezvolta următoarele gânduri care se declanșează în mod automat: *„ei cred că tot ceea ce spun eu este plictisitor și neinteresant"*.

b) Afirmațiile și regulile cu caracter disfuncțional care reprezintă seturi de atitudini și credințe pe care le împărtășesc indivizii în legătură cu ei înșiși și cu lumea înconjură-

nu este perfect, nu e bun de nimic; Eu sunt responsabil de ceea ce vor face copiii mei în viață; Dacă mă voi apropia prea mult de cineva acea persoană va pune stăpânire pe mine etc."

Clark (1986, 1988) afirmă faptul că oamenii trăiesc atacuri de panică pentru că ei manifestă tendința de a interpreta o serie de simptome corporale într-un mod catastrofic. Tahicardia, amețelile sau jena în respirație pot fi interpretate ca fiind semnele unei boli psihice sau organice grave.

TEHNICILE SPECIFICE PSIHOTERAPIEI COGNITIV-COMPORTAMENTALE

influență neglijabilă în viața ei până când ea însăși trăiește stări de amețeală și leșin datorită unor probleme hormonale. Aceste stări pot să-i activeze convingerile mai vechi, făcând-o să fie excesiv de preocupată de starea ei de sănătate, ea interpretând diversele senzații corporale într-o manieră catastrofală.

În cele ce urmează prezentăm câteva modele de gândire negativă, generatoare de anxietate: „*Dacă o persoană mă critică, înseamnă că nu ține la mine; Eu nu am nici o valoare dacă ceilalți nu mă iubesc; În viață sunt doar învingători și învinși; Dacă fac o greșeală sunt pierdut; Nu pot face față situației X; Succesul celorlalți înseamnă eșecul meu; Dacă un lucru*

Senzații	*Interpretarea lor*
Palpitații	Voi face un atac de cord. Am o boală gravă de inimă.
Dificultăți în respirație	Respirația mea se va opri, mă voi sufoca și voi muri.
Amețeli. Senzația de leșin.	Voi leșina, voi cădea, mă voi pierde.
Gânduri stranii sau dificultate de a gândi.	Voi înnebuni cu siguranță.

Terapeutul trebuie să-l ajute pe pacient să sesizeze legătura dintre senzații corporale și interpretările pe care le acordă acestora.

2. *Utilizarea tehicii imaginației dirijate sau a jocului dramatic* pentru a retrăi o experiență emoțională. Când întrebările directe nu reușesc să-l determine pe pacient să evoce

I. **Identificarea gândurilor negative**

Se realizează prin intermediul următoarelor strategii:

1. *Discutarea unei experiențe emoționale recente* – pacienților li se cere să-și reamintească un eveniment sau situație care a fost asociat cu o anxietate puternică. Evenimentul este descris în detaliu și terapeutul intervine cu întrebări de tipul: *Ce gânduri ți-au venit în minte atunci?; Ți-a apărut vreo imagine?; Când ți-a fost cel mai teamă, care era lucrul cel mai îngrozitor care credeai că s-ar putea întâmpla?*

Exemplificarea legăturii pe care o realizează pacientul între diverse senzații și gândurile aferente.

astfel de situații terapeutul trebuie să caute să discearnă, prin intermediul unor întrebări specifice, care este semnificația evenimentului respectiv pentru pacient. De exemplu: *„Nu ești foarte sigur în legătură cu ce anume ți-a trecut prin cap când te-ai simțit speriat în situația X. Încercând să privești în urmă ce crezi că a însemnat situația respectivă pentru tine?"*

II. **Modificarea gândurilor negative și a comportamentelor aferente**

1. *Raționalizarea.* Terapeutul trebuie să-i explice pacientului rațiunile tratamentului prin demonstrarea relației dintre gândire, sentiment și comportament. Astfel, Beck (1979)

gândurile negative ce se declanşează spontan, este util să se ceară pacientului să retrăiască evenimentul respectiv pe plan imaginativ sau prin intermediul unui joc dramatic când este vorba de o situaţie interacţională (relaţionarea cu o persoană).

3. *Utilizarea modificărilor de dispoziţie în cursul unei şedinţe de psihoterapie.* Fluctuaţiile de dispoziţie din cursul unei şedinţe de psihoterapie pot fi surse utile pentru declanşarea automată a gândurilor. Terapeutul observând modificarea de dispoziţie poate întreba pacientul: *Ce ţi-a trecut prin minte acum?*

4. *Determinarea semnificaţiei unui eveniment.* Uneori declanşarea automată a modelelor de gândire negativă nu se realizează. În

bătăilor inimii nu reprezintă un semn că se va produce un atac de cord).

Trebuie explicat pacienţilor şi faptul că unele simptome ca insomnia, dificultatea de a lua decizii, oboseala şi chiar vederea ca prin ceaţă sunt manifestări ale anxietăţii.

3. *Distragerea.* Este utilizată ca strategie pentru a exercita un control direct şi imediat asupra simptomului. Astfel de metode pot fi:

- concentrarea asupra conţinutului unei conversaţii şi nu asupra stării proprii;
- schimbarea locului subiectului în cameră faţă de interlocutor;
- dacă subiectul manifestă anxietate în timpul şedinţei de psihoterapie, terapeutul îi

dădea următorul exemplu: dacă un subiect aude în toiul nopţii un zgomot în camera alăturată, el îşi poate spune în minte că a intrat un hoţ. Atunci apare o stare de teamă şi comportamentul se desfăşoară în consecinţă: subiectul se va ascunde sau va telefona la poliţie. Dacă dimpotrivă, subiectul îşi spune că a lăsat geamul deschis, sentimentele de teamă nu vor apare ci el se va scula şi va închide geamul.

2. *Furnizarea unor informaţii cu privire la mecanismele anxietăţii.* Este necesară descrierea în detaliu a simptomelor legate de anxietate, evoluţia lor probabilă, cât şi faptul că trăirea anxietăţii nu înseamnă că subiectul are o boală psihică gravă. În acelaşi timp trebuie explicat că simptomele produse de anxietate nu sunt periculoase (de exemplu accelerarea

sfârşit, fapt ce-i sporea gradul de anxietate. În această situaţie terapeutul i-a recomandat să se scoale din pat imediat ce s-a trezit şi să facă jogging.

5. *Verificarea veridicităţii gândurilor negative automate.* Terapeutul utilizează o serie de întrebări pentru a-l ajuta pe pacient să evalueze gândurile negative şi să le substituie cu gânduri mai realiste.

În cadrul şedinţei de psihoterapie, pacientul şi terapeutul colaborează pentru a găsi soluţii raţionale pentru a înlocui gândurile negative automate. Între şedinţe pacienţii caută să pună în practică abilităţile de a se întreba pe

poate cere să descrie mobilierul din cabinet.

4. *Programarea activităţilor.* În cadrul acestei metode se cere pacienţilor să noteze oră de oră, activităţile pe care le desfăşoară, evaluându-le după o scală de la 0 la 100 sub aspectul unor stări afective cum ar fi: anxietatea, oboseala, plăcerea sau gradul de control asupra situaţiei. Pentru indivizii care se simt presaţi de timp este indicată o planificare riguroasă a activităţilor astfel încât aceştia să nu aibă tentaţia să facă mai multe lucruri deodată, fapt ce le sporeşte tensiunea şi supraîncordarea. Mulţi subiecţi anxioşi renunţă la activităţi de loisir deoarece trăiesc permanent ideea că nu şi-au îndeplinit toate datoriile.

De pildă, o femeie casnică se trezea la 5,30 dar rămânea în pat până la ora 8, când se gândea la toate activităţile pe care le-ar putea face greşit sau nu le-ar putea duce la bun

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Tensiunea arterială scade brusc. Ştii cum evoluează tensiunea în timpul unui atac de panică?

Pacientul: Am pulsul accelerat. Cred că tensiunea se ridică.

Terapeutul: Corect. În stare de anxietate pulsul şi tensiunea urcă. Deci este mult mai puţin probabil că vei leşina când eşti anxios decât atunci când nu eşti.

6. *Experimentarea în sfera comportamentului.* Terapeutul cere pacientului să verifice în viaţa reală dacă gândurile negative sunt adevărate.

care le-au învăţat împreună cu terapeutul. Pentru ca acest lucru să se realizeze mai uşor este indicată notarea zilnică a gândurilor negative producătoare de disfuncţii.

Iată un exemplu de întrebare care are menirea să verifice realitatea gândurilor negative, disfuncţionale:

Ce dovadă am că acest gând este adevărat? Nu există şi un alt mod de a privi această situaţie? Nu cumva există şi o altă explicaţie ca alternativă a gândului negativ?

Exemplu:

Pacientul: Când am un atac de panică îmi trece prin cap gândul că voi leşina sau voi muri.

Terapeutul: Bine. Hai să vedem cât de real este acest gând. Ai leşinat vreodată în cursul unui atac de panică?

Pacientul: Nu.

Terapeutul: Ştii ce se întâmplă cu organismul tău atunci când leşini?

b) *Experimentarea (testarea) în sfera comportamentului cu subiecţi suferind de atacuri de panică.*

Scopul principal al abordării terapeutice este modificarea interpretării catastrofizante pe care o au pacienţii în legătură cu senzaţiile lor corporale, pe care le trăiesc în cursul atacului de panică. În aceste cazuri se propun pacienţilor experimente de hiperventilaţie prin intermediul cărora se pot reproduce voluntar simptomele corporale ale stării de panică. Li se cere să inspire rapid pe nas şi pe gură, timp de două minute, golind cât mai mult plămânii la expiraţie şi nu li se spune precis

a) *Experimentarea în cazul pacienților cu anxietate generalizată.* Un om de afaceri se simțea foarte speriat când trebuia să vorbească în public. El credea că colegii lui vor observa anxietatea sa și vor înceta să-i acorde respectul cuvenit. Fiind întrebat ce dovadă avea în legătură cu faptul că anxietatea lui este evidentă pentru alții, el a afirmat că e convins că dacă el se simte anxios, ceilalți trebuie să-și dea seama de asta. Ca test terapeutul i-a cerut să țină un mic discurs în timp ce va fi înregistrat pe video. În timp ce vorbea el s-a simțit anxios, dar spre surprinderea sa, revăzând caseta, nu a observat nici un semn vizibil de anxietate. Aceasta a redus convingerea sa cu privire la faptul că ceilalți ar observa cât este de anxios. (La început estima că ceilalți îi observau teama cu un procent de 65%, iar în urma experimentului aprecierea lui s-a redus până la 30%).

---

calmă pronunță *„inspiră"* timp de două secunde și *„expiră"* pentru un interval egal de timp (ritmul respirator este variabil și se alege în funcție de subiect), prelungindu-se treptat durata inspirului și expirului. Apoi pacientul este instruit să utilizeze respirația controlată atunci când presimte instalarea unui atac de panică (de pildă, expirație prelungită).

În cadrul unui alt experiment, unei paciente care crede că este grav bolnavă de inimă pentru că își simțea mai frecvent decât alții bătăile inimii, terapeutul îi explică faptul că acest fenomen reprezintă doar efectul

plămânii la expirație și nu li se spune precis ce senzații vor trăi. Apoi pacienții sunt invitați să aprecieze dacă nu cumva senzațiile trăite după exercițiu seamănă cu cele din cursul atacului de panică. Se analizează apoi eventualele asemănări și deosebiri dintre cele două categorii de senzații. De pildă, dacă pacienții spun că senzațiile fizice sunt asemănătoare dar lipsește anxietatea, pacientul este întrebat cum s-ar simți dacă astfel de senzații ar apărea brusc și neașteptat, atunci când el nu s-ar găsi în clinică. În cele mai multe cazuri pacienții recunosc că le-ar interpreta în mod catastrofic: „*voi face un atac de cord*". Pornindu-se de la aceste discuții se trece la învățarea pacientului să realizeze o tehnică de respirație controlată, care contribuie la reducerea simptomelor fiziologice de panică. Clark, Salkovskis și Chalkley (1985) au găsit că învățarea controlului respirației este foarte eficientă cu ajutorul unei benzi de magnetofon, unde o voce

au un atac de panică, descriu senzațiile trăite și consecințele de care se tem. Dacă experimentul reușește, terapeutul îi demonstrează pacientului rolul montajului cognitiv în declanșarea stării de panică.

Terapia comportamentelor de evitare

Deși anxioșii nu au comportamente sistematice de evitare ca cei fobici, unii dintre ei evită totuși unele activități sau situații (Butler ș.a. 1987.):

concentrării atenției asupra unor funcții ale organismului. Deoarece ea s-a arătat sceptică, terapeutul i-a cerut să se concentreze asupra inimii în timpul ședinței timp de 5 minute. Pacienta a constatat cu surpriză că simpla concentrare asupra cordului o făcea să simtă pulsul în zona frunții, la gât, în piept și chiar în degete. Apoi i s-a cerut să descrie mobilierul din cabinet tot timp de 5 minute, timp în care ea nu a mai fost conștientă de bătăile inimii sale.

Un alt tip de experiment constă în demonstrarea rolului gândurilor în declanșarea unor atacuri de panică și acestea se realizează prin producerea unui atac de panică prin simpla manipulare verbală. Se poate face:

- prin solicitarea pacientului să citească cu voce tare o serie de cuvinte care desemnează posibile catastrofe sau senzații corporale (sufocare, palpitații, moarte etc.);
- prin tehnica imaginației dirijate în cadrul căreia li se cere să-și imagineze în detaliu că

Pacienții sunt încurajați să se expună gradat la situațiile sau activitățile anxiogene. Mai mult chiar, ei sunt solicitați să anticipeze ce se va întâmpla în timpul exercițiului de expunere și apoi să evalueze dacă ceea ce se petrece cu adevărat este mai rău sau mai puțin rău decât au anticipat (apreciază pe scale nivelul de anxietate).

În plus, este important să se modifice și acele modele de comportament pe care pacienții s-au obișnuit să le pună în acțiune odată ce simptomele se declanșează. De pildă, un

• În primul rând aproximativ 40% din pacienţii cu anxietate generalizată evită situaţiile care presupun evaluare socială (a vorbi în public, a mânca la restaurant), iar aproximativ 20% dintre ei evită şi situaţiile pe care le evită agorafobicii (a călători cu mijloace de transport în comun, a face cumpărături, a se afla în aglomeraţie);

• În al doilea rând ei evită unele activităţi care produc senzaţii care evocă teamă (ca de pildă, exerciţiile fizice);

• În al treilea rând utilizează strategii de evitare când se instalează simptomele (exemplu: se sprijină de obiecte solide când apare senzaţia de leşin).

Toate cele trei modalităţi de evitare tind să menţină gândurile negative ale pacienţilor. Din acest motiv este bine ca terapeutul să încurajeze pe pacienţi să intre în situaţii sau să se angajeze în activităţile pe care au tendinţa să le evite pentru a verifica dacă lucrurile de care se tem se vor produce într-adevăr.

de cazuri este necesară o antrenare a abilităţilor sociale. Odată problema identificată, respectivele comportamente sunt modelate de către terapeut în cursul şedinţei şi apoi practicate sub formă de role-playing în timpul psihoterapiei şi apoi în situaţiile de viaţă. Tehnica identificării supoziţiilor negative (disfuncţionale) se poate realiza prin utilizarea unor jurnale zilnice în care se notează aceste supoziţii disfuncţionale şi prin identificarea

pacient cu atacuri de panică se temea că își va pierde mințile în timpul respectivului atac. Întrebat ce îl împiedică totuși să și le piardă, el a răspuns că încearcă să-și controleze gândurile și că asta îl salva. Pentru a-i demonstra faptul că este vorba de o convingere eronată, terapeutul l-a determinat să reproducă în plan imaginativ simptomele și apoi să nu-și controleze gândurile. Drept urmare el a constatat că atacul de panică nu duce la nebunie.
Un pacient care se temea să nu-i tremure mâinile în public verifica mereu acest lucru cu palmele întinse și degetele depărtate. Terapeutul i-a demonstrat că o astfel de poziție favorizează tremuratul mâinilor chiar și la persoane care nu se tem de așa ceva.

Învățarea unor noi modele de comportament și a unor deprinderi de a face față situațiilor

Pentru mulți pacienți situațiile sociale sunt dificile pentru că ei nu au deprinderi de conversație sau comportament social. În astfel

Pot să fac două lucruri pentru a facilita schimbarea: să fac o listă cu convingerile mele sau să-mi petrec o parte din timp făcând ceva ce îmi face cu adevărat plăcere, nu să fac doar acele lucruri care trebuiesc îndeplinite."
Tehnicile de relaxare îi ajută pe pacienți să-și demonstreze faptul că țin sub control simptomele lor.
Peveler și Johnston (1986) au demonstrat și faptul că relaxarea crește gradul de accesibilitate a informațiilor pozitive în

gândului negativ și găsirea convingerii care se ascunde în spatele lui.

Pacientul se întreabă: *Dacă gândul ar fi într-adevăr real ce ar însemna asta pentru mine?*

1. *Supoziția disfuncțională.* „Eu nutresc convingerea că nu sunt bun de nimic dacă nu reușesc. Toate succesele mele trecute nu valorează doi bani dacă nu reușesc din nou. Nimeni nu mă va iubi dacă nu voi reuși."

2. *Răspunsul rațional și planificarea schimbării.* „Gândul meu este nerațional și el a apărut pentru că părinții nu m-au lăudat niciodată pentru succesele obținute ci mi-au sugerat mereu că este un nou obstacol de trecut. Această idee a mea nu este adevărată și pentru că în trecut am obținut realizări pe care nimeni nu mi le poate lua înapoi. Eu sunt același și atunci când am note slabe la școală și nimeni din familie nu s-a purtat cu mine altfel în această situație. Ei continuă să mă iubească. Mai mult, acest gând este perturbator pentru că mă face să mă simt tot timpul anxios. Pentru că nutresc acest gând de multă vreme, va trebui să lupt mult cu mine pentru a-l schimba și aceasta îmi va cere ceva timp.

aceea că subiectul învață să se relaxeze pornind, în mod deliberat, de la un nivel ridicat de încordare musculară. Tehnica implică învățarea unor exerciții alternative de relaxare și încordare musculară.

În felul acesta, subiectul devine mai repede conștient de ceea ce înseamnă încordare și relaxare, precum și de modul în care își trăiește tensiunile. Această conștientizare

accesibilitate a informațiilor pozitive în memoria pacientului și facilitează găsirea unor alternative la gândurile anxiogene.

Relaxarea se realizează prin: realizarea planificată a unor activități care îi fac plăcere subiectului prin pauze planificate în cadrul unor programe încărcate sau prin practicarea unor tehnici standardizate de relaxare.

Indiferent ce tehnică de relaxare se alege, aceasta trebuie practicată până când devine deprindere utilizată nu doar acasă, în fotoliu, ci și în situațiile de viață.

Majoritatea pacienților cu anxietate răspund favorabil la relaxare. Există însă un număr limitat de pacienți care devin anxioși în timpul practicării relaxării (Heide și Borkovec, 1984). Printre aceștia se numără pacienții care se tem de pierderea autocontrolului. Nu este însă suficient ca subiectul să aibă abilitatea de a se relaxa. Acesta trebuie să fie capabil să se relaxeze în mod deliberat, mai exact să stăpânească tehnica de relaxare și s-o utilizeze și în situațiile specifice care îl sperie. Metoda relaxării progresive diferă de alte metode de relaxare cu caracter mai global prin

ochii. Dacă vă vin în minte gânduri care vă agită, spuneți-vă în gând cu calm. Stop! *Alungați gândurile negative și concentrați-vă la ceea ce aveți de făcut.*

Prima parte a exercițiului este dedicată încordării unor grupe musculare mari. Trebuie să vă concentrați asupra tensiunii musculare, să simțiți încordarea și apoi să relaxați.

Începeți cu partea de jos a corpului. Întindeți

poate servi ca punct de plecare pentru utilizarea deliberată a relaxării în situații de viață. Pe măsură ce subiectul își însușește acest tip de relaxare musculară, el devine capabil să-și calmeze sistemul neurovegetativ (ca o consecință, tensiunea arterială va scădea, bătăile inimii se vor liniști etc.), înlocuind starea subiectivă de anxietate cu starea de liniște interioară.

Prezentăm mai jos un model de exercițiu de relaxare adaptat după Fensternheim și Jean Baer (1977). Facem precizarea că autorii recomandă, pentru prima parte a relaxării, ca exercițiile de încordare musculară să dureze 7 sec., iar pauzele dintre respectivele exerciții să dureze 5 sec. În partea a doua a tehnicii de relaxare, se acordă câte 15 sec. pentru destinderea fiecărei zone a corpului, iar în ultima fază se acordă câte 5 sec. pentru relaxarea fiecărei părți a corpului. Întregul exercițiu trebuie să dureze în medie între 20 și 25 minute.

Textul este următorul:

Întindeți-vă comod pe saltea sau pe pat. Așezați-vă cât mai confortabil, cu brațele pe lângă corp, degetele desfăcute. Închideți

Vă concentrați acum asupra mușchilor toracelui. Inspirați profund și țineți respirația. În timp ce mențineți aerul în plămâni, vă concentrați asupra musculaturii toracelui. Expirați apoi lent și prelungit și relaxați toracele. Atunci când expirația se încheie, vă simțiți calmi, destinși și liniștiți, ca atunci când vă pregătiți să adormiți. Relaxați tot mai mult

vârfurile picioarelor încordând degetele, încordați gleznele, gambele, coapsele, fesele. Vă concentrați asupra musculaturii încordate, mențineți încordarea și apoi relaxați-vă.

Simțiți cum tensiunea dispare din corp. Acum relaxați degetele de la picioare, labele picioarelor, gleznele, gambele, coapsele, fesele. Totul se relaxează. Pe măsură ce musculatura se relaxează, vă cuprinde o senzație plăcută de greutate care cuprinde întreaga musculatură a picioarelor.

Încordați acum musculatura abdominală. Mențineți încordarea. Concentrați-vă asupra tensiunii. Relaxați apoi musculatura abdominală, relaxați-o tot mai mult. Lăsați tensiunea și încordara să iasă din corp. Relaxați tot mai mult musculatura abdominală în profunzime. Încordați acum musculatura spatelui, care parcă se arcuiește ușor. Mențineți încordarea, concentrați-vă asupra ei și apoi relaxați mușchii spatelui. Relaxați-i cât mai mult, până aveți impresia că spatele dumneavoastră se contopește cu canapeaua sau cu salteaua pe care stați întins.

superioare a feței. Relaxați fruntea, sprâncenele, pleoapele, nasul. Ochii se relaxează tot mai mult, pleoapele devin grele, tot mai grele, ca atunci când vă pregătiți de somn. Vă cuprinde o senzație plăcută de somnolență, dar încă nu adormiți. Mențineți trupul relaxat și mintea activă și trează.

mușchii toracelui.

Concentrați-vă din nou asupra fiecărei zone menționate: abdomenul este relaxat, spatele este relaxat, contopit cu salteaua, pieptul este relaxat. Respirația este calmă, liniștită, odihnitoare. Acum vă concentrați asupra musculaturii brațelor și umerilor. Strângeți pe rând fiecare pumn, încordați ambele brațe, umerii. Mențineți încordarea, mențineți-o cât mai mult și apoi relaxați-vă. Brațele se destind, degetele se desfac, simțiți cum tensiunea iese din corp. Relaxați degetele, antebrațele, brațele, umerii. Simțiți brațele grele, foarte grele, cuprinse de o greutate plăcută. Brațele sunt tot mai relaxate, din ce în ce mai relaxate. Încordați mușchii cefei și gâtului, arcuind ușor gâtul. Simțiți tensiunea și încordarea din zona gâtului și cefei. Mențineți încordarea și apoi relaxați gâtul și ceafa. Încordarea și tensiunea din zona gâtului și cefei dispar treptat. Gâtul este atât de relaxat încât capul parcă se cufundă în perna pe care se sprijină.

Acum vă concentrați asupra mușchilor feței. Încordați mușchii frunții (încruntându-vă), strângeți pleoapele. Încordați musculatura nasului. Mențineți încordarea, vă concentrați asupra ei și apoi relaxați musculatura părții

siune expirând ușor și calm, așa cum faceți când vă pregătiți să dormiți.

Vă întrebați: mai este vreo tensiune în degetele mele, în brațe sau în umeri? Dacă da, înlăturați-o lăsând brațele să devină din ce în ce mai grele, tot mai grele, parcă se

încordați apoi musculatura obrajilor, maxilarele, limba, strângeți dinții. Mențineți maxilarele încordate. Apăsați cu limba pe dinții din față. Încordați cât mai puternic obrajii, maxilarele, limba, bărbia și apoi relaxați-le cât mai mult. Relaxați obrajii, maxilarele, limba, bărbia. Dinții se depărtează ușor. Maxilarele sunt tot mai relaxate. Bărbia și limba sunt foarte relaxate, tot mai relaxate. Întreaga musculatură a feței este relaxată, destinsă, liniștită.

Acum, în partea a doua a exercițiului, căutați să verificați cât de relaxate sunt părțile corpului dumneavoastră. Chiar dacă le simțiți relaxate, căutați să le relaxați și mai mult. Dacă vă vin în minte alte gânduri, le spuneți Stop! *și continuați să vă concentrați asupra a ceea ce faceți.*

Întrebați-vă: mai există oare vreo tensiune în labele picioarelor, glezne, gambe, coapse sau fese?

Dacă există, identificați-o și relaxați acea zonă. Lăsați tensiunea să se ducă. Chiar dacă musculatura respectivă este relaxată, relaxați-o și mai mult, tot mai mult.

Vă întrebați în continuare: mai există oare vreo tensiune în zona abdomenului, spatelui sau pieptului? Dacă da, îndepărtați acea ten-

Imaginați-vă în continuare scena plăcută sau cuvântul „calm", relaxați degetele de la mâini, palmele, antebrațele, brațele, umerii, gâtul, ceafa. Vă simțiți tot mai calmi și mai liniștiți. Capul se cufundă plăcut în pernă.

Continuați să vizualizați scena plăcută sau să

confundă cu salteaua.

Vă întrebaţi: mai există vreo încordare în zona cefei şi gâtului? Dacă da, înlăturaţi-o lăsând capul să cadă greu, cufundându-se cu perna.

Vă întrebaţi: mai există vreo tensiune în zona feţei, obrajilor, maxilarelor, frunţii? Dacă da, lăsaţi tensiunea şi încordarea să părăsească zona respectivă şi relaxaţi tot mai mult muşchii feţei.

Corpul dumneavoastră este perfect relaxat şi liniştit. Imaginaţi-vă acum o scenă plăcută, relativ neutră, fără o încărcătură emoţională deosebită. Imaginaţi-vă de pildă că sunteţi la mare, pe plajă că vă plimbaţi pe o pajişte însorită etc. Dacă aveţi dificultăţi să vă imaginaţi acele lucruri, repetaţi în gând, de mai multe ori, cuvântul „calm“. *Dacă mintea tinde să vagabondeze, o aduceţi încet înapoi la scena plăcută sau la cuvântul* „calm“. *În timp ce menţineţi pe ecranul mental imaginea plăcută, relaxaţi tot mai mult muşchii degetelor şi labelor picioarelor, muşchii gleznelor, gambelor, coapselor, feselor.*

Vă concentraţi pasiv asupra imaginii plăcute sau asupra cuvântului „calm“ *şi relaxaţi musculatura abdominală, spatele, toracele. Spatele este atât de relaxat încât se confundă cu salteaua. Respiraţia este calmă, liniştită, relaxată. Vă simţiţi tot mai calm şi mai confortabil.*

I. Oprirea gândurilor

Gândurile specifice anxietăţii anticipatorii sunt deosebit de persistente, detaşate parcă

Continuați să vizualizați scena plăcută sau să vă concentrați asupra cuvântului „calm“ *și în timpul acesta relaxați fruntea, sprâncenele, pleoapele. Pleoapele devin grele, tot mai grele, ochii se odihnesc tot mai mult. Relaxați nasul, obrajii, maxilarele, musculatura gurii, limba, bărbia. Musculatura feței este complet relaxată și liniștită. Continuând să vă concentrați asupra scenei plăcute sau asupra cuvântului* calm, *mai treceți o dată în revistă întreaga musculatură a corpului și dacă mai identificați vreo urmă de tensiune, îndepărtați-o treptat, relaxând și mai mult întregul corp. Lăsați-vă purtat de senzația plăcută de calm și relaxare. Întregul corp este calm și relaxat, calm și relaxat, calm și relaxat. Acum veți număra de la 3 la 1 și când vei ajunge cu numărătoarea la 1, veți deschide ochii și vă veți ridica, odihnit, vioi și alert. 3 ... 2 ... 1. Reveniți la starea normală! Vă simțiți odihnit, vioi și alert.*

Dacă subiectul ajunge să-și poată controla gândurile și imaginile, anxietatea sa anticipatorie va descrește simțitor și acesta va fi capabil să facă față mai bine situațiilor care îl sperie.

Acest lucru se poate realiza prin trei metode (Fensterheim și Jean Baer, 1977):

I – Oprirea gândurilor;
II – Comutarea gândurilor;
III – Repetarea mentală încununată de succes.

brațul. Realizați mai multe ședințe de autocontrol în cadrul cărora repetați mental de 5 ori secvența: GÂND NEGATIV – STOP – CALM – RELAXARE MUSCULARĂ –

de situaţia însăşi şi se caracterizează printr-o creativitate deosebită, desigur în sens negativ, ele fiind capabile să creeze o adevărată profeţie autoîmplinită.

Dacă subiectul îşi spune mereu *dacă voi zbura cu avionul voi face o criză de isterie în timpul zborului,* acest lucru chiar se poate întâmpla. Pentru a sparge acest cerc vicios, subiectul trebuie să fie capabil să oprească fluxul gândurilor sale.

Iată câteva exerciţii de oprire a gândurilor: Aşezaţi-vă confortabil într-un fotoliu şi închideţi ochii. Evocaţi în minte unul din gândurile pe care doriţi să le controlaţi. Faceţi ca respectivul gând să apară. Aceasta reprezintă deja o formă de autocontrol. Îndată ce gândul apare (sub formă de imagine sau formulă verbală) opriţi-l administrându-vă auto-comanda *STOP*!

Pronunţaţi apoi mental cuvântul „*calm*", relaxaţi în mod deliberat musculatura întregului corp şi vă îndreptaţi atenţia spre ceva plăcut. Comanda mentală trebuie să fie auto-administrată pe un ton ferm. Ea devine eficientă atunci când se produce cu adevărat oprirea gândului negativ asupra căruia se lucrează. Pentru a spori efectul, comanda respectivă poate fi însoţită de lovirea uşoară a mesei sau a unei zone a corpului. Subiectul îşi poate reprezenta mental cuvântul „Stop" scris cu litere roşii sau un poliţist care ridică

tării, *contradeprinderea* constă în aceea că subiectul se autoprogramează să nu se mai teamă, declanşând o serie de gânduri con-

GÂNDURI POZITIVE ALTERNATIVE. Acest procedeu durează între 30 de secunde și un minut. Numărul de ședințe necesar va depinde de intensitatea anxietății anticipatorii. Unele persoane pot învăța să-și controleze gândurile doar într-o singură ședință în timp ce altele au nevoie de săptămâni pentru a atinge acest obiectiv.

Subiectul trebuie să utilizeze metoda în situațiile de viață, ori de câte ori apare anxietatea anticipatorie. Pentru ca metoda să dea rezultate, trebuie respectate două reguli. Regula *„de îndată ce"* și regula *„de fiecare dată"*. Astfel, de îndată ce apare un gând negativ care tinde să declanșeze anxietatea anticipatorie, subiectul trebuie să declanșeze secvența: STOP – CALM – RELAXARE – GÂNDURI AGREABILE. Dacă se oferă gândului negativ șansa să câștige teren, acesta va fi mult mai dificil de controlat.

De fiecare dată, fără excepție, când se ivește un gând negativ, acesta trebuie oprit.

II. Comutarea gândurilor

Atunci când gândim, ne imaginăm, visăm cu ochii deschiși, ne autoadministrăm adesea instrucțiuni care ne determină să reacționăm într-o manieră fobică și acest mod de a reacționa se transformă în deprindere. Pentru a scăpa de o deprindere, trebuie să formăm o *contradeprindere* mai puternică. În cazul comu-

---

să ajute subiectul să facă față situației după modelul:

- De îndată ce intru în clădire, dacă încep să

teamă, declanşând o serie de gânduri con-
trare care trebuie întărite atât de mult încât ajung să sufoce sau să înlocuiască gândurile negative iniţiale.

Prezentăm mai jos un exerciţiu aparţinând psihologului american Homme (1973). Obiectivul este înlocuirea autocomenzilor care produc teamă cu autocomenzi care declanşează comportamentul eficient şi adaptativ:

1. Evocaţi o situaţie anxiogenă împreună cu anxietatea anticipatorie care o însoţeşte. Elaboraţi o listă de instrucţiuni pe care vi le autoadministraţi (atât pe cele mărunte, referitoare la detalii cât şi pe cele mari, care vă copleşesc). Iată, de pildă, autocomenzile pe care şi le administrează un subiect care se teme să meargă cu ascensorul:

- De îndată ce intru în bloc voi începe să mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care mi se pot întâmpla în lift.
- Când intru în clădire, mă voi uita dacă sunt alţi oameni care să urce împreună cu mine.
- Voi începe să mă gândesc ce va fi dacă liftul se va opri între etaje şi nu voi putea ieşi.
- Când mă aflu în lift, voi sta într-un colţ, voi încorda muşchii şi voi începe să mă gândesc la toate lucrurile rele care se pot întâmpla.
- Voi fi atent la orice sunet sau vibraţie şi mă voi gândi că acestea sunt semne că ceva nu este în regulă.

2. Pentru fiecare din aceste autocomenzi elaboraţi o listă alternativă de instrucţiuni care

5. Atunci când vă aflaţi într-o situaţie de viaţă

mă gândesc la lucrurile îngrozitoare care se pot întâmpla, îmi voi spune că există o probabilitate foarte mică să se întâmple ceva rău.

- Dacă mă surprind uitându-mă să văd dacă nu vin alţi oameni să se urce cu mine în lift, îmi voi spune în gând că nu are nici o importanţă dacă mai sunt şi alţi oameni în lift sau nu.
- Voi căuta să-mi spun că există puţine şanse să se întâmple vreo catastrofă.
- Când mă voi afla în lift, voi relaxa în mod deliberat musculatura şi mă voi gândi la ceva plăcut.
- Dacă aud un sunet neobişnuit, îmi voi spune că şi dacă ceva s-a defectat este probabil o neregulă minoră.

3. Notaţi noile comenzi elaborate pe o cartelă pe care fie că o purtaţi asupra dumneavoastră, fie o plasaţi într-un loc vizibil: lângă telefon, pe noptieră etc.

4. Alegeţi o serie de acţiuni familiare, pe care le faceţi în fiecare zi: băutul cafelei, schimbarea canalelor la televizor, pieptănatul, spălatul pe mâini, utilizarea telefonului etc. Înaintea fiecăreia dintre aceste acţiuni uzuale şi frecvente recitiţi instrucţiunile, repetaţi-le în gând şi apoi realizaţi acţiunea respectivă.
Se poate proceda şi altfel: pronunţaţi noile instrucţiuni înainte de a face ceva care vă place (de pildă, înainte să mâncaţi o prăjitură sau să beţi ceva).

Modelul trebuie să fie un subiect de aceeaşi

5. Atunci când vă aflaţi într-o situaţie de viaţă care vă produce teamă, repetaţi-vă în gând instrucţiunile elaborate şi căutaţi să le urmaţi. În câteva săptămâni, gândurile negative vor dispare şi anxietatea anticipatorie va scădea.

6. După ce aţi utilizat autocomenzile cu caracter reglator un anumit timp, puteţi elabora şi alte formule mai bune. Cu toate acestea, instrucţiunile nu trebuie schimbate prea des, până nu aveţi suficientă practică în domeniul tehnicii respective.

III. **Repetarea (modelarea) mentală încununată de succes**

Anxietatea anticipatorie îl face pe pacient să-şi imagineze că va fi copleşit de teamă în situaţiile critice. Acest gen de subiecţi nu fac altceva decât să repete în gând cum se vor speria. Exerciţiul propus de Alan Kazdin (1973) contribuie, prin intermediul antrenamentului mental, la stăpânirea fricii.

Metoda constă în aceea că subiectul îşi imaginează în plan mental că face faţă cu bine situaţiei anxiogene.

Obiectivul îl reprezintă modificarea anticipării sentimentului de neajutorare înlocuind *antrenamentele* prin care subiectul învaţă să se teamă cu antrenamente prin intermediul cărora acesta se descurcă în situaţiile respective. Pacientului i se cere să elaboreze 12–14 scene în cadrul cărora un subiect model se află în situaţii anxiogene. Fiecare scenă trebuie să aibă un caracter realist, să fie relativ simplă şi uşor de imaginat.

vârstă și sex ca persoana în cauză. În cadrul fiecărei scene, subiectul model trebuie reprezentat în așa fel încât să facă față anxietății, scena având un final pozitiv. Este mai indicat ca pacientul să descrie în scris scenele înainte de a practica antrenamentul mental. Iată un exemplu de astfel de scenă.

Modelul se îndreaptă spre fereastra de la etajul 5 a unui magazin universal și își spune în gând: *mă voi simți puțin amețită și încordată dar voi izbuti să mă relaxez imediat*. Pacientul trebuie să-și imagineze modelul la început încordat, apoi, după o expirație prelungită acesta se relaxează. Este necesar să se obțină reprezentarea detaliată a persoanei-model care devine relaxată. Apoi subiectul în cauză își imaginează persoana-model mulțumită de sine și spunându-și: *am reușit foarte bine*.

În realizarea acestui tip de exerciții pacientul trebuie să aleagă astfel de scene care se potrivesc cu fricile sale specifice.

Una din regulile de bază ale acestui tip de exercițiu constă în aceea că primele 10 secunde (din cele 12 sau 14) trebuie să reprezinte modelul etalon făcând față situației și nu stăpânind-o perfect, deoarece acesta este un obiectiv ușor de atins de pacient. Ultimile scene pot să se refere la un model care face față situației complexe lipsit de anxietate (de pildă, se apleacă peste balustrada balconului de la etajul 9 fără nici un fel de problemă). O altă caracteristică a antrenamentului mental constă în aceea că pacientul vizualizează modelul autoadministrându-și instrucțiuni cu

caracter reglatoriu și că aceste instrucțiuni sunt încununate de succes, ceea ce trebuie să facă și subiectul în cauză.

Într-o etapă ulterioară, subiectul aflat în stare de relaxare, trebuie să-și imagineze scena respectivă, exact așa cum a conceput-o în scris și să mențină fiecare imagine pe ecranul mental aproximativ 15 sec.

Imaginea respectivă trebuie percepută cu maximum de claritate de care este capabil subiectul și abia apoi se poate trece la imaginea următoare.

Întregul exercițiu durează 5–10 minute. Fiecare scenă trebuie repetată mental o dată pe zi, timp de o săptămână. Apoi scenele pot fi modificate în funcție de ceea ce crede subiectul că i-ar folosi mai mult, noile scene îmbunătățite, fiind repetate, de asemenea o dată pe zi, timp de alte două săptămâni.

Pacientului fobic sau anxios i se cere să se plaseze în mod real în situația anxiogenă (de pildă, să călătorească cu metroul) și să acționeze în mod deliberat în imaginar. El trebuie să-și autoadministreze aceleași instrucțiuni pe care și le-a administrat și modelul în timpul antrenamentului mental. Pacientul trebuie să continue practica atât în plan imaginar, cât și în plan real. De regulă, cu cât se îmbunătățește autocontrolul, cu atât se reduce anxietatea anticipatorie.

Terapeuții cognitiv-comportamentaliști sunt de părere că o cauză majoră a recăderilor ar fi adunarea unor argumente insuficiente împotriva gândurilor negative. Pentru a antrena această capacitate de a descoperi

contraargumente la gândurile negative, în cursul unor ședințe de „roleplaying" pacientul furnizează argumente împotriva ideilor sale negative, iar terapeutul îl provoacă prin contraargumente. Acest procedeu îi ajută pe pacienți să descopere punctele slabe din cadrul luptei lor cu ideile negative. Când aceste puncte slabe ale argumentării sunt identificate, pacientul învață să găsească argumente mai convingătoare.

FOBIILE – O PIEDICĂ ÎN CALEA ECHILIBRULUI PSIHIC ȘI COMPORTAMENTULUI EFICIENT

Gillian Butler (1989) arată că fobia reprezintă o teamă exagerată și persistentă de un obiect sau de o situație care de regulă, sunt nepericuloase. Aceste frici produc dorința irațională a subiectului de a evita situațiile respective, deși pacienții realizează caracterul irațional al fricii lor.

Fobiile reprezintă frici cu caracter dezadaptativ care produc perturbări în viața obișnuită a subiecților. Așa cum am mai subliniat, literatura de specialitate distinge următoarele categorii de tulburări fobice:

a) *fobia simplă* (de înălțime, insecte, sânge etc.). Subiectul este de regulă asimptomatic dacă nu anticipează faptul că s-ar putea întâlni cu obiectul fobiei sale.

b) *fobia socială* – este mai complexă datorită faptului că subiectul se teme de lucruri inobservabile cum ar fi evaluările negative, critica sau teama de a fi respins. Fobiile sociale se pot centra și pe unele aspecte concrete cum ar fi teama de a vorbi în public, de a mânca în public. În aceste cazuri evitarea situației anxiogene este mai dificil de realizat decât în cazul fobiei simple.

c) *agorafobia* – teama de a se afla în spații aglomerate (magazine, piețe, cinematografe

etc.), de a călători cu mijloace de transport în comun, de a se afla departe de casă. Simptomele implică teama de a se afla în situaţii de unde subiectului îi este dificil să iasă sau de unde nu pot primi un ajutor în caz de urgenţă. Agorafobicii se simt, de regulă, în siguranţă acasă (deşi acest lucru nu este valabil pentru toţi subiecţii). De asemenea, ei trăiesc stări de panică şi teama că îşi vor pierde autocontrolul şi că vor leşina în acele locuri de unde li se pare că nu pot ieşi. Unii agorafobici sunt mai puţin anxioşi dacă sunt însoţiţi de o persoană în care au încredere sau dacă poartă asupra lor anumite obiecte (un medicament, o umbrelă, o sticluţă cu ceai etc.)

Manualul Diagnostic şi Statistic D.S.M.III distinge 2 tipuri de agorafobie:

a) cu atacuri de panică;
b) fără atacuri de panică.

Nu este clar dacă este vorba de 2 entităţi nozografice distincte, care necesită tratamente diferite sau este vorba de manifestări mai grave sau mai puţin grave ale aceleiaşi afecţiuni.

Peste 80% din pacienţii agorafobici sunt femei, în timp ce proporţia pe sexe este aproximativ egală în cazul fobiei sociale. Deşi nu se cunoaşte exact originea fobiilor, majoritatea autorilor sunt de părere că acestea sunt frici dobândite prin condiţionare. Cu toate acestea, rareori pacientul fobic poate descrie un eveniment psihotraumatizant despre care spune că stă la originea fobiei. Fobia se instalează, de regulă, gradat, ca rezultat al repetării unor experienţe mai

mult sau mai puţin anxiogene sau prin intermediul învăţării sociale. Uneori această condiţionare se fixează în perioade de stres puternic sau în stări de supraactivare, când reacţiile caracterizate prin teamă se învaţă cu uşurinţă. Fobiile simple se pot dezvolta gradat pe baza fricilor din copilărie, în timp ce fobia socială debutează, de regulă, în adolescenţă.

Agorafobia debutează fie în adolescenţa târzie când mai ales fetele tind să devină mai independente sau în jurul vârstei de 30 ani (Marks şi Gelder, 1966).

După Marks (1969) prezenţa şi natura factorilor precipitatori nu are o legătură directă cu tulburarea fobică.

Simptomatologia tulburărilor fobice

Lang (1968) distinge:

1. *Simptome fiziologice:* tahicardie, transpiraţii, tremur, respiraţie accelerată, tensiune sau dimpotrivă slăbiciune musculară, furnicături în stomac, senzaţie de greaţă, senzaţie de sufocare etc. Mai ales în agorafobie aceste simptome se asociază cu atacurile de panică (Barlow şi Craske, 1988).
2. *Simptome comportamentale:* senzaţia că subiectul este „stană de piatră" sau tendinţa de fugă;
3. *Simptome subiective:* variază de la subiect la subiect şi includ gânduri de tipul: *„ar fi putut să mă ucidă"; „oamenii sunt extrem de lipsiţi de grijă;"* şi stări afective cum ar fi: jenă, ruşine, teamă şi furie.

Prin definiţie, fobia reprezintă o frică disproporţionată faţă de sursa care o produce, iar

reacțiile, cum ar fi grija exagerată sau reacția de evitare sunt inadecvate. Fobicii reacționează deci pe plan fiziologic, comportamental și subiectiv și aceste reacții împiedică dispariția simptomelor. Mai exact reacțiile mențin problema pentru că sporesc starea afectivă negativă inițială și chiar mai mult, produc noi simptome, cum ar fi anxietatea anticipatorie, aprehensiunea unui pericol și frustrarea. Reacțiile subiective includ gânduri de tipul: *O să-mi pierd controlul; O să leșin; Tremur și toată lumea va observa* etc.

În cazul fobiilor persistente care perturbă activitatea cotidiană, subiectul poate dezvolta și o reacție depresivă.

Evitarea menține anxietatea pentru că subiectul nu mai învață că obiectul sau situația care îl sperie nu sunt periculoase deloc sau nu sunt atât de periculoase pe cât își închipuie el.

Alți factori importanți care întăresc simptomele sunt gândurile negative în legătură cu menținerea anxietății („*O să leșin, ceva e în neregulă cu mine*") sau în legătură cu anticiparea consecințelor confruntării cu situația fobică („*O să mă muște;*" „*nimeni nu o să mai vorbească cu mine* etc.)."

Factorii externi cum ar fi acțiunile celorlalți care fac anumite lucruri în locul pacienților pentru a-i scuti de confruntarea cu stimulii anxiogeni mențin la rândul lor, fobia. În absența tratamentului, fobiile sunt extrem de rezistente. Pentru succesul tratamentului este necesară identificarea exactă a acelor factori (condiții) care mențin simptomul.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală a fobiilor își are originea direct în lucrările lui Wolpe referitoare la desensibilizarea sistematică și se bazează pe supoziția că atât comportamentul normal cât și cel anormal sunt învățate. Deci, dacă un comportament este învățat, el poate fi și dezvățat. Această dezvățare se realizează prin metoda expunerii progresive la stimulii care produc teama (cu alte cuvinte, subiectul, în loc să evite situațiile anxiogene se confruntă cu ele în mod gradat). Astfel, subiectul se convinge că situația nu e chiar atât de periculoasă. Problema principală a terapeutului este să-l ajute pe pacient să intre în situații care, pentru el, sunt dezagreabile și îi produc teamă.

Pacientul trebuie să identifice cu precizie toate situațiile pe care le evită și să le ordoneze conform unei ierarhii gradate. Prima sarcină trebuie să fie suficient de facilă pentru a fi siguri că pacientul o va îndeplini dar, în același timp suficient de dificilă pentru a-i provoca oarecare anxietate. De exemplu, un pacient cu fobie de păianjen poate începe prin a examina un păianjen mort aflat într-un borcănel de sticlă. Apoi se poate trece la o sarcină mai dificilă ca, de pildă, să țină în mână un păianjen mort.

Cu cât fobia este mai complexă, cu atât tratamentul va dura mai mult. De regulă terapia durează în medie 8 ședințe după care se consideră că pacientul a învățat suficient pentru a practica singur metoda cu un ajutor minimal.

Psihoterapia propriu-zisă

La începutul terapiei trebuie să li se explice pacienților modul în care se formează simptomele și cum se stabilizează cercul vicios. Astfel, unui pacient agorafobic i-a fost prea cald și i s-a făcut rău în metroul care îl ducea la serviciu. În ziua următoare când s-a urcat în metrou a fost cuprins de teama să nu i se facă rău din nou. A început să evite mersul cu metroul și reacția de evitare a contribuit la fixarea anxietății. Treptat el a început să dezvolte anxietate anticipatorie și și-a convins soția (soțul) să-l ducă la serviciu cu mașina (anxietate anticipatorie → reacție de evitare și feed-back). În felul acesta comportamentul celorlalți menține reacția de evitare a pacientului. I se explică pacientului că scopul tratamentului este spargerea cercului vicios. Ședințele de psihoterapie trebuie însoțite de fiecare dată de teme pentru acasă. Doar pacientul este cel care trece de la o treaptă la alta, iar terapeutul trebuie să-i reamintească faptul că la început se va înregistra o creștere a anxietății și că pentru succesul terapiei este nevoie de perseverență și curaj.

Terapeutul trebuie să-l ghideze pe pacient să găsească modalitatea de a se apropia de stimulii anxiogeni și să depășească manevrele subtile de evitare a acestora (exemplu: *„mai bine stau azi acasă pentru că poate veni instalatorul“*. În astfel de situații terapeutul trebuie să-și exprime punctul de vedere: *Fii atent la trăirile tale! Nu vezi că de fapt eviți să faci un anumit lucru? Mai bine încearcă să te gândești cum ai putea să faci ceea ce ți se cere.*

Sarcinile nu pot fi totdeauna clar specificate de la început, repetate sau gradate identic, pentru că situațiile fobice sunt variate și uneori imprevizibile. O modalitate de a depăși această situație constă în a nu menține o ierarhie rigidă și în a practica o varietate de sarcini în aceeași săptămână. Aceasta le dă pacienților posibilitatea să opteze pentru exersarea anumitor situații asupra cărora ei pot exercita un autocontrol minimal cum ar fi de pildă, să pună întrebări, să asculte cu atenție sau să utilizeze semnale de comunicare non-verbală (pentru fobie socială).
Unele situații cum ar fi, de pildă, adresarea unei cereri sau semnarea unui cec nu pot fi prelungite, pentru că pacientul nu poate rămâne în situație până ce anxietatea se reduce. Cu toate acestea, astfel de situații pot fi utile ca sarcini de expunere, datorită efectelor lor cognitive: neconfirmarea expectațiilor pacientului că va fi respins sau că va părea ridicol. Mulți pacienți fobici afirmă că au încercat propria lor variantă de expunere la stimuli anxiogeni, dar fără succes. Trebuie să li se explice faptul că una din cauzele eșecului a constat în aceea că ei nu au fost pe deplin implicați în situație (un fel de inatenție datorată anxietății excesive). Pacienților trebuie să li se atragă atenția că e absolut necesar să se gândească la ceea ce fac atunci când realizează exercițiile propuse.
Deși terapia trebuie adaptată specificului pacientului, de regulă, fobicii sunt tratați individual în ședințe de 45 min., în care se trec în revistă progresele și se planifică sarcinile de expunere progresivă care se realizează în afara ședințelor. Antrenarea în terapie a unui prieten sau rudă care să încurajeze, să motiveze sau să sfătuiască pacientul s-a dovedit o metodă bună pentru agorafobici. Rezultatele pozitive și durabile au fost obținute în aproximativ 5 ședințe de psihoterapie.
Expunerea reală („in vivo"). Un obiectiv major al tratamentului este să furnizeze pacientului încrederea că poate face față unor situații pe care înainte le evita. Din acest motiv se pune un accent deosebit pe temele pentru acasă. Cu toate acestea s-a dovedit util și ca terapeutul să însoțească pacientul în momentul expunerii. Acest fapt contribuie la reducerea anxietății și contribuie la parcurgerea mai rapidă a ierarhiei stimulilor anxiogeni. Pericolul constă în aceea că pacientul se va baza mai mult pe terapeut decât pe sine însuși. Din acest motiv, pacientul este sfătuit să lucreze și independent și să renunțe să mai fie însoțit de terapeut înainte de încheierea tratamentului. Terapeutul poate grada expunerea „*in vivo*" împreună cu pacientul: la început îl poate însoți într-o călătorie cu metroul, apoi poate călători în vagonul vecin și în cele din urmă îl poate aștepta la sosire în stație.
Asemănările dintre diferiți pacienți fobici îi fac pe aceștia potriviți și pentru *terapia de grup*. Membrii grupului sunt adesea capabili să-și împărtășească unul altuia ideile despre strategiile de a face față situațiilor anxiogene. Expunerea în grup se poate realiza sub forma unei ieșiri colective la cumpărături, pacienții deplasându-se individual sau în perechi în

conformitate cu nevoile lor. Se recomandă 3 ședințe pe săptămână, fiecare ședință durând o jumătate de zi, acestea fiind suficiente pentru a obține un progres suficient pentru ca pacienții să dorească să lucreze în continuare singuri, cu sprijin minimal.

Expunerea în plan imaginativ. În unele cazuri, cum ar fi de pildă, fobia de zbor cu avionul, este dificil de organizat expuneri *„in vivo"*. Expunerea în plan imaginativ trebuie să fie tot atât de gradată ca și expunerea reală, iar cele două strategii trebuie să fie combinate, pe cât posibil.

Un pacient cu fobie de zbor cu avionul trebuie să repete secvența de zbor în imaginație, dar el va reuși mai bine dacă va vorbi și va citi despre zborul cu avionul, va face vizite la aeroport și bineînțeles dacă va putea efectua o călătorie cu avionul.

Expunerea în plan imaginativ este relativ dificil să fie realizată de pacient singur, acesta trebuind să fie ghidat de terapeut. Pacientul trebuie să realizeze o imagine suficient de vie pentru a-i produce anxietate, să-și imagineze respectiva situație cu cât mai multe detalii până când anxietatea dispare.

Psihoterapia comportamentală și cognitiv-comportamentală în cazul agorafobiei. Agorafobia este considerată de specialiști ca fiind cea mai răspândită și mai invalidantă fobie. Terapia agorafobiei trebuie începută cu înțelegerea exactă a naturii simptomelor trăite de persoana în cauză. Astfel, indiferent de ce se teme acesta (de spații aglomerate, de a călători singur, de a intra în magazine mari, de

a merge pe stradă etc.), subiectul trebuie să fie conștient că teama adevărată constă în aceea că subiectului îi e frică de faptul că se va declanșa un atac de panică, simptomele acestuia fiind; anxietate, senzație de slăbiciune, amețeli, palpitații, senzația că se înmoaie picioarele, senzația de sufocare, întunecarea vederii, dureri musculare, senzația că pământul fuge de sub picioare, sentimentul de izolare și irealitate, precum și dorința imperioasă de a ajunge acasă, unde persoana se simte în siguranță.

Un atac de panică se poate produce în orice împrejurare, ceea ce complică lucrurile este însă faptul că subiectul începe să asocieze producerea atacului de panică cu locul unde acesta s-a produs prima dată (metrou, sală de concert, stradă aglomerată etc.). Din acest motiv, acesta începe să anticipeze producerea atacului, fapt ce îi crează o puternică stare de tensiune în momentul în care se apropie de locul respectiv și datorită acestei stări de supraîncordare, atacul de panică se declanșează cu adevărat. Rezultatul constă în aceea că subiectul fie că *se antrenează* ca să sufere atacurile de panică în locurile respective, fie începe să le evite.

Agorafobicul își menține teama de bază prin intermediul altor frici care sunt exprimate prin intermediul unor gânduri ca: *„Voi face un atac de cord și voi muri"*; *„Voi leșina și voi cădea"*; *„Voi înnebuni și mă vor interna într-un spital de psihiatrie"*; *„Îmi voi pierde controlul și voi începe să plâng, să urlu și mă voi face de râs."* În acest din urmă caz, subiectul trăiește

și o situație conflictuală datorată, pe de o parte dorinței de a primi ajutor, iar pe de altă parte fricii de ridicol.

Subiectul nu poate exercita un control asupra fricii de bază (teama că atacul de panică se va declanșa) în schimb el are iluzia că dacă controlează temerile secundare (că va leșina, că va înnebuni), atacul de panică nu se va produce. Subiectului trebuie să i se explice faptul că probabilitatea că acele lucruri groaznice, de care se teme el, să se producă este foarte mică. Mai exact, trebuie să i se spună că nu i se poate întâmpla nimic mai îngrozitor decât unei persoane care nu suferă de agorafobie.

Cauzele agorafobiei. Statisticile demonstrează că agorafobia debutează, de regulă la adulții tineri între 18 și 35 de ani. O criză de agorafobie poate să apară la orice individ, indiferent de nivelul de inteligență, educație, profesie, nivel socioeconomic, religie sau grupare etnică. De asemenea, agorafobia nu este legată de alte probleme psihiatrice sau psihologice, în sensul că subiectul poate fi perfect normal, cu excepția agorafobiei. Nu există nici diferențe de sex în apariția agorafobiei cu toate că studiile clinice au arătat că această tulburare prezintă un caracter mai persistent la femei.

Majoritatea subiecților cu forme ușoare de agorafobie se descurcă singuri și nu ajung să apeleze la cabinete de specialitate. Mulți agorafobici au suferit în copilărie de anxietate de separare (de pildă, nu vroiau să meargă la

de părinți) și pun primul atac de panică pe seama unor evenimente psihotraumatizante acute, de dată relativ recent (*stres somatic:* boală, intervenție chirurgicală, naștere sau *psihic:* decesul unei persoane apropiate, pierderea serviciului) sau *cronice* (căsătorie nefericită, lipsă de bani etc.). Cu toate acestea psihologii nu au reușit să stabilească o legătură directă între evenimentul stresant și atacul de panică.

Iată cum descrie o pacientă atacul de panică: *„Mă aflu într-un magazin aglomerat și dintr-o dată am impresia că îmi pierd echilibrul. Parcă zgomotele sunt mai puternice, iar lumina mă supără. Încerc să-mi fac cumpărăturile, dar mă simt din ce în ce mai amețită. Simt cum îmi fuge pământul de sub picioare și cum mi se întunecă vederea. Mi se înmoaie genunchii și îmi tremură tot corpul. Mă simt cuprinsă de o panică tot mai puternică. Inima mea bate foarte puternic și sunt udă de transpirație. Simt nevoia să mă sprijin de ceva și în același timp îmi vine s-o iau la fugă. Dacă sunt departe de casă, am tendința de a merge la un spital. Atacul de panică se încheie și mă simt obosită, dar ușurată."*

Fensterheim și Baer (1977) subliniază faptul că un agorafobic trebuie să afle următoarele:

1. Primul atac de panică atinge intensitatea maximă. Aceasta înseamnă că subiectul nu trebuie să se aștepte la faptul că atacurile sale vor crește în intensitate și că el se va

şcoală pentru că se temeau să se despartă

atacuri pot să fluctueze în jurul celui de amplitudine maximă.
2. Subiectului trebuie să i se explice clar şi cu argumente că nu are o boală de inimă, o tumoară cerebrală sau epilepsie.
3. Teama cea mai teribilă a pacientului este *că va face un atac de panică*. Din acest motiv, mulţi autori au tendinţa de a înlocui termenul de agorafobie cu cel de stare anxioasă cu caracter fobic.

Agorafobicii se simt mai în siguranţă atunci când se află aproape de ieşire, atunci când se află într-o clădire (magazin, cinematograf), când există un telefon la îndemână, sau când apartamentul în care locuiesc sau pe care-l vizitează se află la parter. De asemenea, ei preferă străzile mai puţin aglomerate, mijloacele de transport cu opriri frecvente (deşi unii dintre ei nu pot călători deloc cu mijloace de transport în comun), se simt mai în siguranţă în apropierea unor unităţi sanitare, secţii de poliţie, sau locuinţei unor cunoscuţi, locuri în care ei sunt convinşi că pot primi ajutor şi sunt dependenţi de anumite persoane cărora le cer să-i însoţească pretutindeni, ceea ce crează mari dificultăţi familiei. Aceşti pacienţi pun în acţiune mecanismele de evitare, asociind producerea atacului de panică cu situaţia în care acesta s-a produs, fapt ce are drept consecinţă evitarea respectivelor locuri sau situaţii. Deoarece atacul de panică se poate produce în multe locuri sau situaţii,

simţi, din ce în ce mai rău. Următoarele

Cheia psihoterapiei de orientare comportamentală constă în desensibilizare. Subiectul trebuie să intre în mod deliberat în situaţia anxiogenă şi să suporte reacţia de panică. Dacă subiectul este capabil să nu mai evite situaţia respectivă, atacul de panică nu se va amplifica şi acesta se va convinge de faptul că nu va leşina, nu va muri, nu va face un atac de cord şi nu va înnebuni. În momentul în care agorafobicul va realiza faptul că atacul de panică nu-l va distruge, el va înceta să se mai teamă atât de tare.

Obiectivul major al psihoterapiei constă în a-l determina pe subiect să rămână în situaţiile anxiogene un timp cât mai îndelungat. Aceasta se realizează prin intermediul tehnicii expunerii. Agorafobicului trebuie să i se spună clar că simptomele sale nu sunt periculoase şi că la originea lor stă frica.

Terapia agorafobiei. În prima etapă i se cere pacientului să întocmească o listă cu obiectivele tratamentului, notând acele lucruri pe care doreşte să le facă, dar le evită. Elementele trecute pe listă trebuie să aibă un caracter concret: astfel, de pildă, *să merg singură la cumpărături* este o afirmaţie prea vagă, în timp ce *să merg la alimentara din colţ*, reprezintă un obiectiv precis. Sarcinile iniţiale, de la care se porneşte, trebuie să fie foarte simple, chiar banale (exemplu: *să se deplaseze pe jos o staţie de troleibuz, şi să stea pe o bancă timp de o oră*).

Pentru fiecare agorafobie în parte trebuie

subiecții ajung să extindă din ce în ce mai mult comportamentul de evitare, unii dintre ei ajungând să nu mai părăsească locuința.

La începutul terapiei:

- să stea în fața blocului 15 minute, 30 de minute, o oră, două ore;
- să meargă până la colțul străzii și să rămână acolo o jumătate de oră, o oră, două ore. Să nu părăsească locul respectiv până când nu s-a scurs timpul stabilit. Pacientul poate să stea pe o bancă să citească, să se uite la vitrine.
- să alcătuiască un plan al cartierului și să marcheze blocurile unde se teme să se ducă, apoi i se cere să se deplaseze în diverse zone (la poștă, la alimentara, la biserică etc.) și să marcheze cu roșu acele zone unde a avut curajul să se deplaseze. Se urmărește acoperirea întregii hărți a cartierului cu puncte roșii.
- să stea singur acasă o oră, două ore, trei ore. Se pornește de la ideea că mulți agorafobici nu vor să rămână singuri de teamă că vor avea un atac de panică și nu va avea cine să-i ajute.

Fensterheim și Baer, 1977 prezintă următorul caz:

O tânără femeie căsătorită a cărei mamă locuia în blocul de vis-a-vis, putea să stea singură în casă doar dacă putea să-și contacteze telefonic fie mama, fie soțul. Când soțul pleca de la serviciu, el trebuia să-i telefoneze, spunându-i unde se duce, cât de mult va rămâne în acel loc să-i lase numărul la care poate fi contactat. Același lucru trebuia să-l facă și mama ei, atunci când mergea la cum-

alcătuit un plan personal de tratament. Iată un model de obiective psihoterapeutice:

Sarcina trasată pacientei a fost următoarea: vinerea viitoare, când soțul avea o întâlnire de afaceri între orele 11,00 și 13,00, el nu trebuia să lase numărul de telefon la care putea fi găsit. Același lucru trebuia să-l facă și mama, care trebuia să-și facă programul său. În acea perioadă și psihoterapeutul trebuia să fie plecat din cabinet. Atât soțul, cât și mama trebuiau s-o sune pe pacientă în jurul orei 13,00 iar aceasta din urmă trebuie să contacteze terapeutul la 13 și 15 minute.
Pacienta a relatat că în timpul perioadei *fără telefoane*, ea a simțit de mai multe ori acele stări și senzații care o făceau să dea fuga la telefon: teamă, palpitații, senzație de sufocare etc. Neavând cui să telefoneze, ea a constatat cu surpriză că atacul de panică nu s-a produs, iar senzațiile neplăcute au dispărut de la sine.
Agorafobicul trebuie să aibă în vedere următoarele:
– Să nu devină dependent de tranchilizante sau alcool, pentru că în acest caz atacurile de panică nu vor dispărea. Tranchilizantele nu trebuiesc utilizate decât cu avizul medicului psihiatru și ele trebuiesc reduse sau chiar întrerupte, începând cu a treia expunere la situația anxiogenă. Medicația tranchilizantă și antidepresivă poate opri producerea atacurilor de panică, dar, dacă subiectul nu realizează desensibilizarea sistematică, acestea revin,

părături, la coafor sau la o prietenă. Soțul și mama trebuiau să-și coordoneze astfel programul, încât unul dintre ei să poată fi găsit la telefon, în timp ce celălalt se afla pe drum.

calm situația, fără a încerca să oprească reacția de panică, ci dimpotrivă să conștientizeze faptul că nu va cădea, nu va muri și nu va înnebuni. Odată ce el învață acest lucru, atacurile de panică vor dispărea.

10 sfaturi pe care trebuie să le țină minte subiectul în timpul unui atac de panică.

1. Nu importă dacă subiectul se simte îngrozit, nesigur sau are o senzație de irealitate. Aceste stări nu reprezintă altceva decât exagerarea unor reacții normale la stres;
2. Deși trăiește aceste stări, aceasta nu înseamnă că subiectul este foarte bolnav. Trăirile respective sunt foarte neplăcute, îl sperie pe individ, dar nu sunt periculoase, astfel încât nu i se poate întâmpla nimic mai rău de atât;
3. Pacientul trebuie să lase trăirile respective să se deruleze. Încercările de a le reprima nu fac decât să le intensifice și să le facă și mai acute. În momentul în care se declanșează un atac de panică, subiectul trebuie să inspire adânc și apoi să expire prelungit, spunându-și că stările proaste îl părăsesc.

Nu trebuie luptat împotriva atacului de panică, acesta trebuind să fie acceptat ca atare;
4. Subiectul trebuie să facă tot posibilul pentru a se simți cât mai bine fără a ieși din situația psihotraumatizantă. Astfel, dacă el se află pe stradă, se poate sprijini de un zid,

odată cu oprirea tratamentului medicamentos.
– În cazul în care atacul de panică se declanșează în timpul practicării exercițiilor de desensibilizare, subiectul trebuie să traverseze cu

prin toate acestea?" etc.). Dacă subiectul acceptă situația ca atare, lucrul de care se teme el cel mai mult nu se va întâmpla;
6. Pacientul nu trebuie să-și spună în gând faptul că se întâmplă ceva îngrozitor și că trebuie să iasă imediat din situație, ci să-și repete în gând: *„nu voi cădea, nu voi leșina, nu voi muri, nu-mi voi pierde controlul;"*
7. Trebuie să acordăm fricii noastre timpul necesar pentru a dispărea fără s-o luăm neapărat la fugă;
8. Pacientul trebuie să privească situațiile anxiogene, precum și trăirile sale, ca pe niște ocazii pentru a exersa autocontrolul;
9. O metodă utilă constă în distragerea atenției de la ceea ce se petrece în corpul sau în psihicul subiectului. Este mult mai indicat ca acesta să privească în jur, să fie atent la clădire, la ceilalți oameni, la mașini etc.;
10. Când atacul de panică se produce, pacientul trebuie să relaxeze corpul, să inspire și să expire profund, lăsând lucrurile să-și urmeze cursul.

Pe parcursul terapiei subiectul trebuie să se aștepte la faptul că pot să apară efecte secundare sau momente de cădere. Astfel, chiar după unele experiențe încununate de succes, pot să apară momente de depresie sau de lipsă de energie, iar atacurile de panică mai pot apărea din când în când, chiar după ce

dacă se află într-un magazin aglomerat, se poate refugia într-un colț mai liniștit;

5. Nu este indicat ca subiectul să adauge la panica sa gânduri negative cu privire la ceea ce se petrece „*De ce nu sunt și eu la fel ca alți oameni normali?, De ce trebuie să trec*

sub aspect fizic. La femei, perioadele de recădere apar frecvent în timpul perioadei ciclului menstrual.

Sfaturi pentru familiile pacienților agorafobici. Membrii familiei unui subiect agorafobic consideră de cele mai multe ori că acesta este foarte egoist. Aceștia manifestă resentimente față de solicitările absurde ale agorafobicului și se simt adesea manipulați. Ceea ce trebuie să afle membrii unei astfel de familii este că suferința subiectului este reală. Chiar dacă subiectul dezorganizează serios viața de familie, el nu face acest lucru în mod intenționat, solicitările sale reprezentând încercări de a se elibera de stările sale neplăcute.

Partenerul unei paciente agorafobice trebuie să o ajute pe aceasta, să se facă util, să-și facă timp să iasă cu ea la plimbare sau la cumpărături. El trebuie să-i propună activități suplimentare (să meargă la teatru, la expoziții etc.), fără însă a exercita presiuni asupra persoanei cu probleme.

Partenerul de viață trebuie de asemenea, să încurajeze micile progrese ale pacientului și să-i transmită în permanență un sentiment de încredere și de siguranță. Astfel, dacă acesta și-a dat întâlnire cu pacientul la o anumită oră, este indicat să nu întârzie (pentru că acest lucru

pot apărea din când în când, chiar după ce subiectul este conștient de faptul că stăpânește situația. Aceste momente de recădere se produc mai ales când subiectul este obosit, stresat din alte motive decât cele legate de anxietățile și trăirile sale sau nu se simte bine

mai indicată o atitudine mai constructivă. Astfel, dacă soției, care nu poate ieși singură din casă îi plac revistele care conțin rebus-uri, este indicat ca partenerul să i le cumpere. Micile plăceri pe care un membru al familiei le poate face agorafobicului vor contribui la diminuarea stărilor sale depresive și astfel acesta va dispune de mai multă energie psihică pentru a realiza exercițiile de desensibilizare. Psihoterapeuții comportamentaliști consideră că se obțin rezultate bune dacă se menține un echillibru între încurajări și îndemnurile adresate subiectului, să realizeze anumite lucruri. Astfel, de pildă, dacă partenerul își întreabă soția *„poți să mergi astăzi singură până la colț?"* și ea răspunde negativ, acesta poate insista la modul următor: *„Dar ce ai putea face astăzi și nu ai mai făcut până acum?"* Este important ca membrii familiei unor agorafobici să înțeleagă semnificația acelor lucruri mărunte, care, dacă sunt realizate, reprezintă pași importanți în direcția vindecării agorafobicului. Acestora trebuie să li se transmită sentimentul că sunt înțeleși, că sunt înconjurați de înțelegere și compasiune, precum și ideea că partenerul sau ceilalți membri ai familiei sunt convinși că dacă ei vor face

poate declanșa o reacție de panică), ba chiar să vină cu puțin timp înainte de ora întâlnirii. Afirmații de tipul„ *poți să lupți cu stările tale,“ „ia-le în mână!“* sau *„încetează odată cu prostiile astea“* nu ajută la absolut nimic,“ pentru că dacă subiectul ar putea să lupte cu stările sale, este clar că ar face-o. Este mult

Astfel, în lagărele de concentrare naziste, toate simptomele fobice au dispărut complet.

Fobia sau teama de obiecte concrete

Persoanele care se tem de obiecte sau situații concrete (ascensoare, metrou, animale, insecte, înălțime, spații închise etc.), care nu implică relații interpersonale, își dau seama foarte exact de acest lucru. Adesea subiectului îi este foarte clar și care este lucrul de care se teme cel mai mult *(„mă tem că liftul se va prăbuși și voi muri“)*, el își dă totuși seama, în mare, care este situația care îl sperie (liftul, metroul etc.) și din acest motiv, aceste fobii sunt mai ușor de abordat sub aspectul terapeutic.

Principalele fobii de obiecte și situații concrete:

- *Teama de a se afla în anumite locuri; ascensoare,* tunele, camere mici, clădiri înalte, păduri etc. Acestea se înscriu în categoria mare a claustrofobiei. Oamenii pot trăi în mod diferit claustrofobia, unii nu pot suporta să se afle în situația respectivă, în timp ce alții intră în panică numai atunci când se gândesc la acea situație. Persoana este cuprinsă de

eforturi se vor ameliora.

De multe ori, traversarea unor situaţii psihotraumatizante severe, produse de evenimentele vieţii, îi poate ajuta pe agorafobici să-şi stăpânească tulburarea, pentru că în condiţii de catastrofă sau criză, fiinţa umană pune în acţiune toate disponibilităţile sale latente.

în încăperi care se află la subsol şi au probleme dacă hainele pe care le poartă sunt prea strâmte.

Deşi unii claustrofobici îşi pierd uneori autocontrolul, acest lucru se întâmplă destul de rar (extrem de rar se întâmplă ca subiectul să se sufoce sau să leşine cu adevărat).

Persoanele care suferă de fobie de înălţime încep să se teamă imediat ce se află la mai mult de câţiva metri de la nivelul solului. Reacţia se caracterizează prin senzaţia de ameţeală, sentimentul că *„va cădea"*, sentimentul că subiectul va fi cumva *absorbit în afară* – precum şi senzaţia de irealitate. În afara situaţiilor respective, subiecţii se comportă normal.

Fobia de înălţime poate îmbrăca aspecte foarte diferite, în sensul că unii oameni se tem când se află într-o clădire înaltă, dar nu şi în avion. Unii sunt cuprinşi de teamă doar atunci când se apleacă peste o balustradă, dar pot privi liniştiţi printr-o fereastră închisă. Există şi unele situaţii când subiectul nu-şi identifică concret fobia. Astfel, cineva poate considera că se teme să folosească liftul când, de fapt se teme de înălţime.

panică atunci când se află în spații închise, de mică dimensiune, trăind senzația că este strivită sau prinsă ca într-o capcană.
De regulă, atacurile anxioase ale claustrofobicilor se caracterizează prin presiune în zona toracelui, ceea ce face ca respirația să fie dificilă și subiectul se teme de faptul că se va sufoca. Mulți claustrofobici nu se simt bine în camerele în care nu pot deschide fereastra,

fobiile de câini, pisici, șoareci, șerpi, păsări, păianjeni, albine, furnici. În cazul acestor fobii, teama se declanșează chiar la simpla vedere a animalelor sau chiar a fotografiei acestuia.

- *Fobia de a călători cu mijloace de transport: avion, autobuz, tren, metrou.* Adesea aceste fobii implică elemente de claustrofobie, dar uneori ele au la bază o experiență anterioară psihotraumatizantă, cum ar fi de pildă, un accident de circulație. Unii subiecți se tem să conducă mașina, alții se tem atunci când o altă persoană se află la volan. Reacțiile lor, atunci când se află în situația respectivă, constau în gânduri negre referitoare la dezastre posibile, stare de irascibilitate și nervozitate și reacții psihosomatice cum ar fi de pildă greață sau vomă.
- *Fobia de boli sau de proceduri medicale:* Există persoane care se tem de o boală anume, cum ar fi cancerul, S.I.D.A., bolile venerice, rabia sau bolile cardiace (de pildă infarct miocardic). Acești subiecți, devin foarte atenți la orice modificare corporală care ar putea reprezenta un semn al bolii de care se tem. Aceste fobii se deosebesc de

• *Fobia de diferite condiții exterioare (de întu-neric, de foc, de fulgere, tunete, de căldură, de frig etc.).* Astfel, o femeie în vârstă, suferea de fobia de căldură, temându-se că va face o congestie cerebrală, fapt ce o făcea să refuze să iasă din casă în lunile de vară.

• *Fobia de animale sau insecte.* Aceste gen de fobii se instalează în copilărie și persistă și la vârsta adultă. Cele mai frecvente sunt

astfel de subiecți leșină atunci când se află într-un cabinet medical.

• *Fobii cu caracter neobișnuit.* Psihologii clinicieni sunt de părere că aproape orice obiect sau situație poate declanșa o fobie. Astfel, am tratat cândva un tânăr care suferea de fobie de pene sau fulgi de pasăre.

În literatură se citează cazuri de fobie de flori, copaci, de a scrie, de baloane, de luminile traficului, de a se privi în oglindă etc.

Interesant este faptul că persoanele care suferă de fobii de obiecte sau situații pot fi persoane altfel puternice, independente și creative. Faptul că cineva suferă de fobia de înălțime, pisici sau injecții, nu înseamnă că persoana respectivă este bolnavă psihic. Literatura de specialitate citează cazuri de personalități marcante ale vieții culturale sau politice care au suferit de fobii diverse. Astfel, Spencer Tracy suferea de fobia de zbor cu avionul, Albert Camus avea fobia de a conduce mașina, Sigmund Freud – fobia de a călători iar Edgar Hoover (Directorul F.B.I.), în urma unui accident rutier minor, a căpătat fobia de a sta

hipocondrie pentru că se referă doar la o anumită boală specifică și nu la mai multe, ca la hipocondrici. În spatele acestor fobii se ascunde uneori teama de moarte, dar de cele mai multe ori este vorba de teama de durere fizică, de a deveni infirm și neajutorat sau teama de diformități fizice.

Unii subiecți prezintă fobie de injecții, de intervenții chirurgicale, de explorări funcționale, analize sau de sânge. Nu de puține ori

1. Ce acțiuni specifice ați întreprins sau întreprindeți pentru a minimaliza expunerea la situațiile care vă sperie?
2. Atunci când vă aflați deja în situația respectivă ce anume faceți pentru a vă simți mai bine? Recurgeți cumva la strategii de *fugă* cum ar fi alcoolul sau medicamentele?
3. În ce condiții sunteți capabil să vă depășiți teama și să vă expuneți situației care vă sperie?

Mulți oameni sunt conștienți de natura fobiilor lor: au rămas în copilărie blocați în lift, au fost mușcați de câini sau au scăpat cu viață dintr-un incendiu.

Cu toate acestea, terapeuții comportamentaliști sunt de părere că tratamentul poate fi încununat de succes și în cazul în care natura exactă a fobiei rămâne necunoscută. Mai mult, acești terapeuți consideră că, în unele cazuri, cunoașterea cauzei declanșatoare a fobiei poate chiar s-o amplifice, deoarece subiectul evocă mereu în minte trauma la care a fost expus.

pe scaunul din stânga al autoturismului, precum și fobia de virajele spre stânga.

Marea majoritate a subiecților care suferă de astfel de probleme, reușesc să-și aranjeze astfel viața, încât să facă față acesteia, deși suferă de fobia respectivă.

Înainte de a începe terapia, este de dorit ca subiectul să-și analizeze propriul model de comportament de evitare și de a face față fobiei sale, răspunzându-și la următoarele întrebări:

relativ facil de elaborat o ierarhie de situații anxiogene. În același timp, expunerea efectivă la situațiile care îl sperie pe subiect elimină o etapă a terapiei, pentru că în cazul în care se începe cu desensibilizarea în plan imaginativ, se trece apoi la desensibilizarea în viața reală. Mai mult, stăpânirea unei situații reale îi conferă subiectului o satisfacție mai mare și mai multă încredere în sine.

Pentru a realiza o ierarhie concretă a situațiilor anxiogene, este indicat ca terapeutul să cunoască bine zonele în care se mișcă pacientul pentru a alege pentru început situații mai ușoare la care să se realizeze expunerea.

Mihai, un tânăr preparator la o catedră universitară, suferea de fobie de înălțime. Reacțiile sale de panică începeau chiar de la etajul trei al unui bloc, acesta având senzația că va cădea.

La începutul terapiei i s-a recomandat să urce la etajul trei și să rămână un timp acolo, terapeutul indicându-i să aleagă un bloc fără

Psihoterapia fobiei de obiecte și situații concrete

Studiile au arătat că metoda desensibilizării sistematice dă rezultate în acest tip de fobii în proporție de 80–90% din cazuri.

Desensibilizarea sistematică in vivo (în realitate). Este mai indicat, atunci când acest lucru este posibil, să se înceapă cu exercițiile reale de desensibilizare când fobiile de obiecte și situații sunt atât de concrete încât este

calate în cadrul ierarhiei de stimuli la care trebuie să se expună subiectul. De asemenea, în cadrul acestui tip de desensibilizare se recomandă pacientului să facă apel la rude sau prieteni, care să-l susțină pe parcursul tratamentului.

Aceștia pot contribui la eficiența tratamentului în următoarele moduri:

- pot contribui la procurarea unor obiecte de care pacientul se teme și cu ajutorul cărora acesta va realiza exercițiile de desensibilizare (de exemplu: poze cu șerpi, ace de seringă etc.);
- pot acompania pacientul în timpul exercițiilor de expunere sistematică la situațiile de care se teme (de pildă, pot merge cu metroul împreună cu acesta);
- pot încuraja pacientul realizând aprecieri pozitive în legătură cu modul în care acesta a depășit o etapă sau alta a terapiei.

Dezavantajul tehnicii desensibilizării *in vivo*

ferestre în zona scărilor. Într-o etapă mai avansată, i s-a cerut să rămână la etajul trei lângă o fereastră şi să se relaxeze până când tensiunea dispare. Apoi el a avut sarcina să stea la etajul 5 lângă o fereastră deschisă, relaxându-se până la reducerea anxietăţii. Treptat el a practicat aceleaşi sarcini la etajele 7, 8, 9 şi 10, până când a reuşit să se elibereze de fobia sa.

În desensibilizarea reală se utilizează frecvent şi materiale auxiliare vizuale (poze cu câini, şerpi, păianjeni etc.) acestea putând fi inter-

avionul, nu va fi nevoit pentru a exersa, să călătorească efectiv, cheltuind o mulţime de bani. Mai mult, în situaţiile imaginare, subiectul se pregăteşte pentru o situaţie reală, cu care nu se poate confrunta în mod frecvent.

Metoda combinată (desensibilizare în plan imaginativ şi apoi în realitate)

1. Elaboraţi ierarhia de situaţii care vă produc teamă, de la cea mai puţin anxiogenă, până la cea mai anxiogenă. Vă veţi antrena pentru a vă familiariza cu ele întâi în plan imaginativ şi apoi în plan real.
2. Dacă în lista cu situaţii tot mai anxiogene există unele goluri, respectiv există situaţii pe care nu le puteţi găsi uşor în realitate, utilizaţi scene imaginare.

Astfel, dacă un subiect suferă de fobie de a călători cu mijloacele de transport în comun, el poate exersa în plan real călătoria cu autobuzul sau metroul, dar îi va fi ceva mai

constă mai ales în aceea că acesta consumă prea mult timp, este costisitoare sub aspect financiar și uneori expunerea este chiar imposibilă (de pildă, nu putem face rost de tunete și fulgere atunci când dorim să desensibilizăm pe cineva de o astfel de fobie).
De asemenea, unii autori au demonstrat faptul că pentru unii subiecți această tehnică este prea anxiogenă, producând uneori reacții paradoxale.
Desensibilizarea în plan imaginar. Acest tip de desensibilizare are avantajul că subiectul poate reproduce mental orice situație dorește. Astfel, dacă acesta are fobia de a călători cu

Aspectele cognitive ale terapiei. Terapeutul trebuie să aibă în vedere următorii factori care afectează progresul terapiei:
a) *Factori care au avut influență în trecut:*
- criticile frecvente;
- șocuri emoționale (exemplu: subiectul era cât pe ce să cadă de pe o stâncă).

Atâta timp cât evenimentele trecute nu afectează îndeplinirea sarcinilor prezente, ele pot fi ignorate (exemplu: poate merge la magazin să-și facă cumpărăturile).
Problemele trecute mențin focalizarea pe simptom și reduc șansele de reușită. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să pună accentul în discuțiile cu pacientul pe succesele acestuia și să sublinieze aspectele pozitive ale diverselor situații. Este, de asemenea, util să se ceară pacientului să scrie despre succesele sale.
b) *Factori care afectează starea prezentă:*

greu să exerseze călătorii cu trenul şi mai ales cu avionul.

3. Exersaţi fiecare item din ierarhie întâi în imaginaţie şi abia după ce anxietatea dispare atunci când se realizează evocarea în plan mental a expunerii la situaţiile care vă sperie, treceţi la abordarea lor în plan real.

Exerciţiile de desensibilizare în plan real trebuie să se situeze cu 2–3 trepte în urma celor realizate la nivelul de antrenament mental.

Dacă subiectul are dificultăţi să realizeze expunerea reală, el trebuie să reia situaţia respectivă şi să lucreze mai mult asupra ei în imaginaţie.

În aceste situaţii, astfel de intepretări trebuie identificate şi trebuiesc furnizate explicaţii alternative, care urmează să fie testate în timpul expunerii (exemplu: o agorafobică nu mai simte că i se înmoaie picioarele când vorbeşte cu o prietenă. Deci, ea poate ajunge la concluzia că senzaţia că se înmoaie picioarele este mai curând un semn de anxietate decât un indicator că îşi va pierde cunoştinţa).

Este important ca pacienţii să ajungă să-şi găsească singuri explicaţiile alternative pentru a învăţa cum se realizează acest lucru, deşi în fazele iniţiale ale psihoterapiei e bine ca terapeutul să ofere sugestii.

c) *Factori care afectează starea viitoare.* Pacienţii fobici prezintă frecvent modele de gândire produse de anxietatea anticipatorie: *„nu numai că voi rămâne închis în lift, dar nu se va găsi nici o persoană care să mă scoată."*

- hipervigilenţa: anxioşii au un prag scăzut de percepere a ameninţării. Hipervigilenţa este neproductivă şi menţine simptomul (un subiect cu fobie de zbor cu avionul va detecta toate ştirile referitoare la catastrofe aeriene). În astfel de cazuri este utilă relaxarea sau o tehnică de distragere.
- interpretările greşite: anxioşii au tendinţa de a interpreta evenimentele, mai ales cele ambigui, într-un mod ameninţător (Butler şi Mathews, 1983) (exemplu: când o agorafobică simte că i se înmoaie picioarele, ea crede că va leşina, sau când un prieten nu răspunde la telefon un subiect cu fobie socială consideră că a fost respins).

te gândeşti? Care este cel mai rău lucru care crezi că se poate întâmpla?

Nu totdeauna este indicată expunerea la situaţia cu aspectul cel mai negativ. De pildă, în cazul unui pacient cu fobie socială, expunerea la o evaluare negativă este dificil de aranjat şi traumatizantă. Mai utilă este aranjarea unei situaţii în cadrul căreia poate apărea o evaluare negativă a subiectului, dar în cadrul căreia frica de cel mai rău lucru care se poate întâmpla trebuie să fie infirmată. *Factorii cognitivi pot împiedica pacientul să se implice în tratament, nu numai să întârzie evoluţia acestuia.*

Tehnici de control a anxietăţii

Pacienţii care îşi pot controla până la un anumit nivel simptomul vor progresa mai rapid în ierarhia stimulilor tot mai anxiogeni,

Acest model cognitiv afectează şi evoluţia terapiei: *„nu numai că tratamentul va fi dificil, dar nici nu mă va ajuta."*

Factorul perturbator trebuie identificat, formulat în termenii pacientului şi trebuie destructurat prin intermediul testării în sfera comportamentală.

Aspecte cognitive specifice fobiilor. Mai ales fobiile sociale implică numeroase componente cognitive, respectiv gânduri legate de faptul că subiectul este criticat, evaluat, rejectat (respins).

În cazul agorafobiei apar mai ales gânduri legate de faptul că subiectul va leşina sau că îşi va pierde autocontrolul. Se pun pacientului întrebări de tipul: *Când te simţi speriat la ce*

La început subiecţii învaţă prin metoda modelării şi prin practică să-şi încordeze voluntar musculatura pentru 10–15 secunde şi apoi să revină la starea normală. Apoi ei sunt expuşi gradat la o serie de stimuli unde se pot urmări accidente unde se vede sânge. Ei sunt învăţaţi să detecteze primele semne de cădere de tensiune şi să le oprească prin intermediul încordării musculare.

c) *Tehnica distragerii*

A acorda atenţie simptomelor produse de anxietate nu face decât să perpetueze cercul vicios. Distragerea poate inversa acest proces. Tehnica este utilă ca strategie pe termen scurt, dar este nefolositoare pe termen lung, mai ales când subiectul o foloseşte ca să evite simptomele sau angajarea în cadrul tehnicii expunerii. Distragerea implică îndreptarea atenţiei spre stimuli exteriori (exemplu: să

vor fi mai capabili să facă față anxietății anticipatorii și vor fi capabili să aplice deprinderile achiziționate când se vor simți anxioși în viitor.

Aceste tehnici sunt:

a) *Relaxarea* – se potrivește cu precădere pacienților cu simptome somatice ale anxietății (dar nu numai acestora);

b) *Încordarea dirijată*

Mai ales la subiecții cu fobie de sânge se înregistrează un model particular de simptome. În astfel de situații o încordare voluntară a mușchilor brațelor, picioarelor și toracelui va preveni căderea de tensiune și leșin.

Ost și Stermer (1987) propun în astfel de situații următoarea schemă de tratament:

pe un pacient conștient de efectele comportamentului non-asertiv al altora și de avantajele de a fi mai asertiv.

f) *Tehnica repetiției (antrenamentului)* reprezintă un mod prin care subiectul se pregătește pentru expunere. Mulți fobici susțin că în mintea lor se face un gol când sunt confruntați cu obiectul fobiei lor sau când sunt cuprinși de panică.

Tehnicile pentru a face față anxietății intense trebuiesc repetate mental.

Subiectul este învățat să repete întrebările pe care le va adresa sau subiectele despre care va vorbi într-o situație socială. Se poate face repetiție, de pildă, pentru vorbitul în public.

g) *Modelarea*

Este o tehnică indirectă prin intermediul căreia

descrie mobilierul din cameră).

d) *Identificarea gândurilor negative și găsirea unor gânduri alternative.*

e) *Jocul de rol.*

Se folosește mai frecvent în tratamentul fobiilor sociale, jocul de rol putând fi considerat o tehnică de expunere. Problema în aceste cazuri este că pacientul nu poate fi asertiv fără să fie agresiv. În astfel de cazuri se repetă diverse variante de răspuns până când pacientul descoperă comportamentul adecvat.

Tehnica se aplică simplu după modelul: *„să presupunem că eu sunt șeful tău. Arată-mi cum i te-ai adresa dacă i-ai cere să-ți schimbe programul."* Inversarea rolurilor îl poate face

Aceste fobii pot să guverneze și chiar să distrugă viața unei persoane. Adesea suntem conștienți de faptul că viața este plină de dificultăți și obstacole, că trebuie să luptăm cu acestea, uneori să-i depășim pe ceilalți, să fim fermecători, asertivi, luptători și deși știm bine aceste lucruri, suntem timizi, nesiguri, permanent depășiți de ceilalți, iar existența noastră este lipsită de relații calde și apropiate. Adesea punem aceste probleme pe seama unor conflicte de natură inconștientă nerezolvate, conflicte care își au originea în copilărie (probabil sub influența lecturilor de psihanaliză, sau pe seama defectelor altor persoane). Cu toate acestea, multe din problemele menționate (desigur nu toate) nu sunt altceva decât forme mascate de fobii sociale.

terapeutul demonstrează pacientului cum să se apropie de obiectul fobiei sale (exemplu: un şarpe).

h) *Medicaţia anxiolitică.* Efectul benefic al expunerii este redus de medicaţia anxiolitică pentru că pacientul pune starea de calm care se instalează în faţa obiectului fobiei, pe seama tratamentului şi nu pe seama propriilor sale acţiuni. Cu toate acestea sunt cazuri în care medicaţia anxiolitică e utilă când se ivesc situaţii pentru care pacientul nu a avut timp să se pregătească. Utilizarea sistematică a tranchilizantelor trebuie însă descurajată pe cât posibil.

Fobiile sociale

Fobiile sociale reprezintă cele mai mascate şi cele mai dificil de identificat tipuri de fobii.

aceştia încetează să fie interesaţi de ea şi rezultatul este că persoana respectivă este respinsă.

Starea de disconfort pe care o trăieşte subiectul cu fobie socială se transmite şi celorlalţi care ajung să nu se mai simtă bine în compania acestuia.

Principalele tipuri de fobii sociale (Fensternheim şi Jean Baer, 1977)

1. *Fobia de a fi privit.* Subiecţii care suferă de această fobie au impresia (adesea fără o bază reală) că ceilalţi îi privesc insistent şi aceasta le provoacă teama. Astfel, în timpul unei conversaţii într-un grup, persoana

Există unele diferențe între fobiile obișnuite și fobiile sociale:

• Astfel, așa cum am mai subliniat, fobiile sociale sunt mascate și, de regulă, mai dificil de identificat.

• Fobiile sociale produc, în afară de reacția specifică de teamă și o serie de stări afective supraadăugate cum ar fi; culpabilitate, furie, resentimente sau depresie. Toate aceste trăiri produc reacții de evitare, fugă sau uneori chiar reacții agresive.

• Pentru că obiectul fobiei sociale sunt oamenii și nu obiecte sau situații, aceștia vor reacționa la rândul lor la comportamentul subiectului, fapt ce complică și mai mult situația, conducând la fenomenul *„profeției împlinite"*. Astfel o persoană care se teme să fie respinsă nu interacționează cu ceilalți, iar

mâinile când ia ceașca de cafea și că inevitabilul se va produce: cineva îl va întreba de ce este atât de nervos.

3. *Teama că subiectul va fi „prins" într-o relație apropiată.* Persoanele care suferă de această fobie raționalizează frecvent situația lor, spunându-și *„nu doresc să-mi asum vreo responsabilitate"* sau *„dacă mi se întâmplă aceasta nu voi mai putea face ceea ce vreau eu să fac" etc.*

Mulți autori consideră că aceasta reprezintă un fel de generalizare a claustrofobiei la relațiile sociale, în sensul că subiectul generalizează teama de a fi prins în capcană și la situațiile sociale.

respectiva face o remarcă, ceilalți o privesc și această se simte stânjenită și încetează să mai vorbească. Într-o etapă ulterioară se instalează reacția de evitare, în cadrul căreia subiectul caută să minimalizeze posibilitatea de a fi privit și din acest motiv nu mai participă la conversație. În forme mai avansate, subiectul se ascunde prin colțuri sau în spatele unui ziar. Acest gen de fobie are drept consecință teama de a vorbi în public.

2. *Teama legată de faptul că ceilalți își vor da seama că individul este nervos.* De regulă, această fobie are un conținut precis pentru că subiectul își manifestă nervozitatea prin manifestări neurofiziologice cum ar fi tremorul mâinilor sau al vocii, paloare sau roșeață. De teamă că ceilalți vor observa acest lucru, individul refuză mai ales invitațiile unde se servește ceva de băut, pentru că este convins că ceilalți vor remarca faptul că îi tremură

îmbrăca un aspect general sau particular, incluzând figuri investite cu autoritate, reprezentanți ai sexului opus sau persoane apropiate.

6. *Teama (fobia) de singurătate* (de a întreprinde o acțiune singur).

Această fobie este asociată frecvent cu tendința de izolare și cu dispoziția depresivă. Frecvent ea îmbracă forma unei stări de disconfort, fără a se ajunge la o stare afectivă intensă. Astfel, persoana ar dori să iasă undeva la sfârșit de săptămână, dar nu găsește pe nimeni s-o însoțească, fapt ce îi produce o stare de disconfort difuz. În loc să iasă

4. *Teama (fobia) de a fi „descoperit".*
Persoana se teme de faptul că dacă ceilalţi îşi vor da seama de particularităţile personalităţii sale (vor ghici cum este el cu adevărat) îl vor respinge. Unii indivizi nici măcar nu sunt conştienţi de acele particularităţi care i-ar putea face pe ceilalţi să nu-i agreeze, în timp ce altora respectivele trăsături le sunt clare *(„ei vor descoperi că sunt prost, incult, plictisitor sau rău").*
Acest gen de fobie conduce la evitarea relaţiilor apropiate cu ceilalţi.
5. *Fobia de sentimente negative.*
În această categorie intră tot felul de fobii care pot influenţa întregul stil de viaţă al subiectului. Cel mai frecvent se întâlneşte teama de reacţia de furie sau critică. Subiectul se teme să exprime astfel de sentimente sau/şi de faptul că alţii ar putea exprima astfel de sentimente faţă de el. Acest gen de fobie poate

- Teama de a părea ridicol. Unii subiecţi sunt cuprinşi de panică la gândul că ar putea face un lucru pe care ceilalţi l-ar putea considera ridicol şi adesea persoana în cauză se judecă mult mai aspru decât o fac cei din jur. Pentru că orice ar putea spune sau face un individ poate să pară ridicol pentru cineva, acesta va tinde să evite tot mai mult să se manifeste în public, devenind tot mai inhibat. Astfel, acesta îşi va inhiba orice pornire creativă, se va refugia în convenţional, transformându-se într-o persoană plată şi plicticoasă.

Foarte apropiată de această fobie este şi

singur, individul preferă să rămână acasă şi acest lucru îi accentuează depresia.

7. *Fobia (teama) că subiectul nu va putea comunica cu ceilalţi include:*

• Fobia că ceilalţi nu îl agreează pe subiect. Aceasta este poate cea mai răspândită fobie cu caracter interpersonal şi are un caracter deosebit de distructiv.

Adesea, când ceilalţi nu ne plac, avem tendinţa să reacţionăm prin intermediul unor sentimente de culpabilitate exprimate astfel: *„probabil că am făcut ceva rău sau este ceva în neregulă cu mine."* Pentru a evita astfel de situaţii, subiectul se străduieşte permanent să devină o persoană totdeauna drăguţă şi amabilă, renunţând să mai fie el însuşi. În felul acesta, el îşi reprimă dorinţele şi tendinţele, nu luptă pentru drepturile sale şi ajunge uneori chiar să renunţe la demnitatea sa. Consecinţe foarte asemănătoare le produce şi teama de a nu-i lovi pe ceilalţi.

critică). Repetarea de tip contrafobic îl determină pe subiect să se plaseze mereu în situaţiile care îi produc teamă şi cărora bineînţeles, el eşuează să le facă faţă.

Astfel, un bărbat se poate teme de femei agresive, dar intră mereu în relaţii cu astfel de persoane şi relaţiile respective se sfârşesc prost.

Identificarea fobiilor sociale. (Fensterheim şi Jean Baer, 1977)

Obiectiv: Să constatăm în ce măsură anumite reacţii de teamă îi produc subiectului pro-

fobia de a nu greşi, consecinţele ei fiind ase-
mănătoare cu ale fobiei de ridicol.

- Teama de a fi rejectat (respins). Această fobie împiedică, de asemenea, subiectul să intre în relaţii adecvate cu ceilalţi, având efecte asemănătoare cu cele ale fricii că ceilalţi nu îl agrează. Subiectul devine excesiv de susceptibil la reacţiile celor din jur şi ajunge adesea să-şi sacrifice propriile interese şi obiective. Acesta interpretează cel mai mic semn de dezaprobare din partea altei persoane ca pe un semn de respingere, iar respingerea reprezintă o adevărată catastrofă pentru el. Fobiile sociale sunt deosebit de subtile, cel mai adesea mascate şi pot conduce la un comportament hipervigilent de repetare „contrafobică" a anumitor modele de reacţie. Datorită hipervigilenţei, subiectul devine atât de sensibil la stimulii din zona care îi produce teamă, încât el percepe ameninţări şi acolo unde acestea nu există (de pildă, poate considera o remarcă oarecare ca pe un semn de

fiecare reacţie de teamă, subiectul să răspundă la următoarele întrebări:

– Vă amintiţi când v-aţi dat pentru prima oară seama că aveţi această teamă?
– Aveţi idee cum aţi *„învăţat"* să vă temeţi de situaţia respectivă?
– V-a determinat fobia dumneavoastră să evitaţi sau să *„fugiţi"* din anumite situaţii şi aceasta chiar în detrimentul dumneavoastră?
– Cunoaşteţi o altă persoană care are frici asemănătoare?
– În ce condiţii devine teama dumneavoastră

bleme în plan social.

Etapa 1-a: Realizaţi o listă cu domeniile principale în care aveţi dificultăţi în planul vieţii sociale. Acestea pot fi:

- dificultăţi în situaţii specifice (reuniuni, petreceri, conversaţii etc.);
- dificultăţi în întreprinderea unor anumite acţiuni (iniţierea unei conversaţii, solicitarea unei întâlniri etc.);
- dificultăţi în atingerea unor anumite scopuri (de pildă, acela de a avea prieteni apropiaţi).

De asemenea, există şi posibilitatea ca subiectului să nu-i placă modul în care întreprinde anumite acţiuni, sau modul cum se simte atunci când le întreprinde. Lista respectivă trebuie să includă acele lucruri sau situaţii pe care subiectul le evită.

Etapa a 2-a: Pentru fiecare situaţie evitată, căutaţi să vă răspundeţi la întrebarea: *oare de ce mă tem?*

Autorii menţionaţi mai sus recomandă pentru a obţine informaţii mai precise, ca pentru

şi viaţă. Aceste idei eronate îl determină pe subiect să interpreteze eronat ceea ce fac sau spun ceilalţi oameni şi aceste distorsionări sunt generatoare de anxietate şi fobii. Iată câteva exemple de modele de credinţe iraţionale:

a) *Doar dacă voi face numai ceea ce trebuie, oamenii mă vor iubi şi se vor purta frumos cu mine.* De aici decurge următoarea consecinţă: *dacă ceilalţi nu se poartă frumos cu mine, înseamnă că am făcut ceva rău.* Cu

mai activă?

• în ce condiții personale – impersonale;

• cu persoane de același sex – cu persoane de sex opus;

• în relații superficiale – în relații apropiate;

• cu persoanele investite cu autoritate – cu subordonații;

• în relații cu o singură persoană – în grup.

– Înainte de a răspunde la aceste întrebări, ați fost conștient de aceste frici specifice și de modul în care acestea vă influențează viața?

Etapa a 3-a: Alegeți cea mai importantă frică socială, care vă modifică cel mai mult viața și care vă reprezintă cel mai mult și începeți să lucrați asupra ei.

Model de terapie cognitiv comportamentală pentru tratamentul fobiilor sociale. Foarte multe fobii sociale se instalează deoarece persoana nu interpretează corect realitățile și interacțiunile sociale. Pe măsură ce subiectul a crescut, acesta și-a însușit o serie de credințe iraționale cu privire la lume

deoarece mama sa fusese internată în spital pentru o afecțiune gravă, situație în care ea nici nu s-a mai gândit la întâlniri cu prietene.

b) *Dacă aș fi o persoană normală, nu m-aș simți atât de prost în situațiile sociale.* Pornind de la această credință greșită, subiectul trage concluzia că ceilalți oameni își dau seama când el se simte stresat, după simptomele neurovegetative care însoțesc reacția de teamă. Privindu-i pe ceilalți, el nu observă nici un semn

cu mine, înseamnă că am făcut ceva rău. Cu astfel de idei, persoana nu va face altceva decât să trăiască toată viața cu complexe de culpabilitate.

Acest mod de gândire se caracterizează prin egocentrism, pentru că persoana se plasează pe sine în centrul universului. Deși este adevărat că majoritatea oamenilor reacționează la ceea ce facem noi, aceștia există independent de noi și nu își centrează existența în jurul nostru.

Astfel, o tânără scriitoare s-a împrietenit cu soția patronului editurii unde și-a depus ultimul manuscris. La un moment dat, orice contact dintre ele a încetat brusc. Scriitoarea a telefonat de mai multe ori, prietena ei i-a promis că se vor vedea, dar acest lucru nu s-a petrecut iar prietena ei nici măcar nu i-a telefonat. Scriitoarea, cuprinsă de disperare își spunea mereu: „*probabil că am greșit cu ceva, soțul ei mă desconsideră ca autoare, probabil că el i-a interzis soției sale să mai aibă de-a face cu mine, ea nu mai vrea ca noi să fim prietene* etc." Nu după mult timp, tânăra a descoperit că prietena avusese probleme,

Nu este însă suficient ca subiectul să-și recunoască credințele iraționale, ci trebuie să lupte activ împotriva lor.

Odată identificate fricile și fobiile care ne blochează, precum și evenimentele care le declanșează, acestea pot fi reduse prin metoda desensibilizării care este tot atât de utilă în cazul fobiilor sociale ca și în cazul celor de obiecte și situații concrete.

de anxietate și concluzionează că ceilalți se simt perfect în largul lor. În continuare, el își spune că este obligatoriu ca și el să se simtă bine și în largul său și pentru că acest lucru nu se petrece, începe să creadă că este anormal, fără să realizeze faptul că a pătrunde într-o încăpere plină de necunoscuți poate reprezenta o situație anxiogenă pentru foarte mulți oameni.

c) *Dacă eu mă simt în momentul de față așa, înseamnă că toată viața mă voi simți astfel.* Mai exact, subiectul crede că dacă a fost lovit odată, el va fi mereu lovit.

d) *Dacă nu sunt în vârful piramidei, înseamnă că nu sunt bun de nimic.*

e) *Valoarea mea ca persoană depinde de ceea ce cred ceilalți despre mine.*

f) *Este minunat să ai succes și să fii popular; este îngrozitor să fii mediocru și să nu ai popularitate.*

g) *Pentru a fi fericit, trebuie să am succes în tot ce întreprind.*

h) *Toată lumea trebuie să mă iubească, altfel va fi un dezastru!* etc.

era morocănos, tăcut și uneori avea accese de furie. El se temea de faptul că dacă va spune deschis ce îi face și ce nu îi face plăcere, soția sa se va supăra pe el.

Anamneza a evidențiat faptul că lui îi era foarte teamă de faptul că femeile (nu bărbații) și-ar putea manifesta nemulțumirea față de el. Ierarhia de situații anxiogene alcătuită împreună cu terapeutul a fost următoarea:

Așa cum am mai subliniat, sarcina subiectului este să se expună gradat la situațiile care îl sperie și să contracareze teama prin intermediul aplicării unei tehnici de relaxare. La fel ca și în cazul celorlalte fobii, tehnica poate fi aplicată în viața reală sau în imaginație. Cu toate acestea, în cazul fobiilor sociale, desensibilizarea realizată în condiții de viață reală poate fi uneori dificilă pentru că situațiile sociale sunt schimbătoare și adesea imprevizibile. Din acest motiv, unii psihologi recomandă metoda simulării, desensibilizării reale (in vivo), care nu reprezintă altceva decât o tehnică specifică terapiei prin joc dramatic. Pentru că majoritatea fobiilor sociale implică prezența altor persoane, este indicat ca pacientul să lucreze cu un partener dispus să coopereze.

Tehnica propriu-zisă constă în aceea că partenerul ales va spune un anumit lucru supărător subiectului, iar acesta din urmă va trebui să se relaxeze.

George s-a prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru o problemă de cuplu, el fiind convins de faptul că vina pentru relația nesatisfăcătoare îi aparținea în exclusivitate. Acasă

În urma conștientizării acestui fenomen terapeutul a propus inversarea rolurilor: pacientul urma să facă aprecieri încărcate de agresivitate și să se relaxeze după fiecare astfel de apreciere.

Într-o etapă ulterioară a terapiei, s-au recomandat exerciții de desensibilizare realizate împreună cu soția pacientului. La început soția

- Soţia spune plictisită: *„nu-mi place deloc ce ai făcut."*
- Soţia strigă furioasă: *„cum poţi să te comporţi atât de stupid?"*
- Cu şi mai multă furie şi pe un ton foarte ridicat, soţia strigă: *„eşti atât de insuportabil şi stupid, încât nu înţeleg cum poate cineva să trăiască cu tine!."*
- Soţia, aproape urlând: *„eşti cel mai prost individ pe care l-am cunoscut vreodată. Nu mai vreau să mai am de-a face cu tine. Eşti un imbecil!"*.

În urma discuţiei cu terapeutul, pacientul şi-a ales ca parteneră o veche prietenă, colegă de liceu, cu care se înţelegea foarte bine.

Deşi era convins că nu este decât un joc în momentul în care partenera sa pronunţa prima afirmaţie, el începea deja să se simtă deprimat şi cu sentimente de vinovăţie. Pe măsură ce terapia a progresat, accesele sale de furie au dispărut complet. Mai mult, în urma terapiei George a aflat ceva nou cu privire la persoana sa şi anume că, de fapt el nu se temea de faptul că soţia sau altă femeie s-ar putea supăra pe el, ci de faptul că el ar putea să manifeste o reacţie de furie faţă de o femeie.

cute cu care nu a mai comunicat de mult, obiectivele pot fi:

- să se exprime într-un mod agreabil, povestind ce a mai făcut între timp;
- să încurajeze cealaltă persoană să procedeze în acelaşi mod;
- să încheie conversaţia solicitând o întâlnire.

a jucat rolul femeii furioase, apoi rolurile au fost inversate și pacientul a fost pus în situația de a juca rolul bărbatului furios. La un moment dat George a constatat că a devenit mai puțin morocănos, iar relația sa de cuplu s-a ameliorat simțitor. Pacientul a relatat că pentru prima oară în viață el se simțea, liber să exprime exact ceea ce simțea fără să simtă supraîncordare, culpabilitate sau furie.

Prima regulă pe care trebuie s-o urmeze persoana cu fobii sociale este să fie orientată spre sarcină și nu asupra propriilor sale trăiri și stări. Astfel, un tânăr timid trebuie să se gândească la modul în care să invite o fată la dans și nu la faptul că îi tremură genunchii. Fensternheim și Jean Baer (1977) propun subiecților cu probleme să procedeze în felul următor:

- Notați cu precizie obiectivul pe care trebuie să-l atingeți (ce anume doriți să se întâmple sau să faceți într-o situație socială). Obiectivul trebuie să fie concret, clar formulat, exprimat în termeni pozitivi și realizabil (ceva ce subiectul crede că poate să facă).

Astfel, pentru un tânăr cu fobia de a fi respins, care dorește să telefoneze unei cunos-

a) Vă telefonează învățătoarea fiicei dumneavoastră din clasa I-a și vă invită la o discuție, reproșându-vă că stresați copilul care ajunge, de cele mai multe ori plângând la școală.
b) Soția vă spune: *„Mă plictisește să fac dragoste cu tine. Ești plicticos și lipsit de inițiativă. Poate că ar fi bine să consulți un psiholog."*

• Concentrați-vă asupra acțiunilor proprii și nu asupra sentimentelor pe care le încercați (Concentrarea asupra propriei stări de anxietate nu face decât s-o amplifice).

• Concentrați-vă asupra a ceea ce faceți dumneavoastră și nu asupra a ceea ce face cealaltă persoană. Desigur trebuie să ținem seama și de celălalt, dar obiectivul prioritar nu este să-l schimbăm pe acesta ci propriul nostru comportament. De altfel, comportamentul celeilalte persoane îmbracă un caracter imprevizibil (aceasta poate, de pildă, să ne răspundă mai puțin amabil pentru că are probleme acasă sau la serviciu și nu pentru că are ceva împotriva noastră).

• Este bine să aveți un plan – obiectiv pregătit și pentru cazul în care ceea ce este mai rău se întâmplă.

Ce se va întâmpla în cazul în care cunoștința căreia vrem să-i solicităm o întâlnire ne respinge cu adevărat? Dacă suntem pregătiți dinainte și pentru o astfel de eventualitate, ne vom simți mai puțin paralizați dacă evenimentul negativ se va produce.

Autorii propun ca exercițiu, pentru un pacient cu teamă de critică, să-și formuleze obiective și planuri de acțiune pentru următoarele situații:

• să atacați în mod agresiv partenera *(„este numai vina ta, nu te-ai desprins încă de la mama ta").*

3. *Obiectiv:* Recunoașterea faptului că prietenul vă dorește binele și că cea mai potrivită reacție la critică este căutarea unei soluții constructive.

c) Un prieten apropiat vi se adresează: „Ar trebui să-ți spun ceva. Nu-ți dai seama că îi întrerupi mereu pe ceilalți și că acest lucru este foarte enervant?"

Iată soluțiile pe care le propun autorii menționați:

1. *Obiectiv:* Doriți să vă ajutați copilul și pentru acest lucru aveți nevoie de mai multe informații.

Ce ar trebui să spuneți: „Fetița nu se comporta în felul acesta anul trecut. Ați putea să-mi spuneți dacă credeți că originea problemelor ei este situația de acasă?"

Ce ar trebui să evitați:

- evitați să vă culpabilizați;
- evitați să fiți agresiv cu învățătoarea (*„Nu aveți nici un drept să mă învățați cum să-mi cresc copilul."*).

2. *Obiectiv:* Să conștientizați faptul că problema vieții sexuale privește două persoane și nu una singură și să vă gândiți la o soluție constructivă.

Ce ar trebui să spuneți: „Sunt de acord că există o problemă între noi. Cum crezi că am putea s-o rezolvăm?"

Ce ar trebui să evitați:

- să vă asumați întreaga responsabilitate a situației create (*„este numai vina mea"*);

comporte la o petrecere, nu știe să organizeze un banchet etc.).

Prezentăm mai jos niște sfaturi practice pentru dezvoltarea unor abilități sociale:

Dezvoltați-vă abilitatea de a face conversație:

Pregătirea pentru conversație implică dezvol-

Ce trebuie spus: „Îţi mulţumesc pentru că mi-ai atras atenţia. Nu m-am gândit niciodată că procedez astfel. Altă dată o să fiu mai atent."

Ce trebuie să evitaţi:

- atitudinea defensivă *(nu fac altceva decât să încerc să fac conversaţia mai animată);*
- contraatacul *(„cel puţin eu vorbesc, pe când tu nici măcar nu deschizi gura).*"

Ca şi în cazul altor fobii, consecinţele negative ale fobiilor sociale apar mai ales datorită comportamentului de evitare pe care îl pun în acţiune.

Astfel, evităm să-i ofensăm pe ceilalţi şi în felul acesta ne lăsăm exploataţi; evităm să fim respinşi şi atunci refuzăm contactele sociale, ceea ce conduce la singurătate; evităm ca oamenii să ne privească şi atunci nu luăm parte la conversaţie, creând impresia că suntem plaţi şi neinteresanţi etc.

Programaţi-vă pentru reuşită:

Adesea fobiile sociale au un caracter derivat, subiectul nedispunând pur şi simplu de anumite abilităţi, de a face faţă unor situaţii sociale (de pildă, persoana nu ştie cum să se

Pentru a iniţia o conversaţie este indicat s
abordaţi o persoană singură sau un grup şi
căutaţi să spuneţi ceva care să atragă atenţia
celorlalţi asupra persoanei dumneavoastră ş
să vă perceapă ca făcând parte din grup ş
luând parte la discuţie (de exemplu, dacă
discuţia se poartă în jurul unei vacanţe petre-

tarea unor deprinderi de a desfăşura o conversaţie banală. Pentru ca acest lucru să vă reuşească bine:

• citiţi reviste, ziare, anumite cărţi care au succes şi vizionaţi principalele emisiuni de televiziune pentru a fi la curent cu ceea ce se petrece în lume; puneţi-i în valoare pe ceilalţi. Puteţi face acest lucru chiar adresând întrebări directe care să permită celuilalt să spună ceva despre el însuşi (iată, de pildă, câteva dintre acestea: *„cât a costat cartea X, ţi-a plăcut?"*, *„ai ascultat ieri conferinţa de presă, ce părere ai despre...?"* etc.).

• utilizaţi în anumite limite autodezvăluirea. Nu este nevoie să spuneţi că aţi fost internat la Sanatoriul de Nevroze din Predeal, dar puteţi face afirmaţii inofensive de tipul: *„de când am divorţat mi-am pierdut deprinderile sociale şi mă simt puţin stânjenită la petreceri."*

• este bine să aveţi totdeauna o rezervă de anecdote bune. Dacă sunteţi o persoană timidă, exersaţi acasă modul în care le spuneţi şi fiţi atenţi să nu cumva să istorisiţi ceva ce nu interesează pe ceilalţi.

• învăţaţi să iniţiaţi o conversaţie fără să vă amestecaţi neinvitat într-o discuţie care este în curs de desfăşurare.

• reînnoiţi mereu contactele cu persoanele care vă interesează, în ciuda faptului că evenimentele vieţii au tendinţa să vă separe. Telefonaţi din când în când unor vechi prieteni şi invitaţi-i la o cafea.

• este de dorit să vă cunoaşteţi drepturile personale şi să acţionaţi în consecinţă. Astfel.

cute iarna la ski, puteți interveni astfel: *„Aceasta îmi amintește de...“.*

• învățați să încheiați o conversație: *„mi se pare că gazda noastră este singură; mă duc să-i țin companie“* sau *„tocmai a sosit o bună prietenă de-a mea, așa că trebuie să vă las pentru a sta de vorbă cu ea.“*

• învățați să faceți față unor interlocutori agresivi și certăreți. În cazul acestora nu trebuie în nici un caz să vă comportați defensiv, ci să interveniți cu niște fraze care să reflecte o ironie ușoară: *„ești în toane proaste astăzi?“* sau *„ești nesigur de tine și de asta te comporți așa?“* etc.

• realizați un efort deliberat să vă extindeți seria relațiilor sociale, ținând seama de faptul că oameni interesanți puteți întâlni oriunde (în sala de așteptare a stomatologului, la cumpărături, la concert sau la ședința cu părinții). Este evident însă că nu veți putea întâlni pe nimeni rămânând închis în casă. Din acest motiv este indicat să mergeți în diverse locuri, la concerte, conferințe, la o sală de sport etc.

• odată ce ați intrat într-un grup nou, contați să fiți cât mai activ (de pildă, la ședința cu părinții de la școala unde învață copilul, oferiți-vă să faceți ceva pentru banchetul de sfârșit de an).

Cei care suferă de o astfel de teamă intră într-o relație atât de grăbiți încât nici nu oferă relației respective șansa să evolueze. Deoarece sunt precipitați, speriați și în același timp dornici să intre în relație, acești indivizi ignoră particularitățile celuilalt, aleg de regulă indivizi

aveți tot dreptul să vă exprimați o opinie, să refuzați o întâlnire sau să spuneți clar ce anume doriți (de pildă, cum doriți să vă petreceți sfârșitul de săptămână).

Există persoane care își cunosc foarte bine drepturile dar se tem să le exprime, ceea ce conduce la un comportament defensiv, lipsit de asertivitate.

• învățați să vă comportați bine la o petrecere. Pentru aceasta:

• nu întârziați prea mult, pentru că altfel se va aduna prea multă lume și gazda nu va mai avea timp să vă prezinte unor persoane interesante;

• nu discutați numai cu partenerul dumneavoastră, ci încercați să intrați în contact cu mai multe persoane;

• nu uitați de bunele maniere și mulțumiți gazdei a doua zi pentru faptul că v-a invitat la petrecere;

• încercați să legați o prietenie cu o persoană care v-a plăcut și să întrețineți legăturile cu ea și după ce petrecerea s-a încheiat.

Prezentăm, în cele ce urmează, o trecere în revistă a principalelor temeri care ne împiedică să avem relații interpersonale adecvate:

1. *Teama de a nu realiza relații interpersonale apropiate.*

care îi tratează, pentru că în graba lor de a obține afecțiunea, devin orbi *la defectele celor care i-au ales și relația se termină prost.*

2. *Teama de a nu „răni" pe celălalt.*

Datorită acestei frici, subiectul în cauză își tratează partenerul ca pe un obiect fragil, se abține să spună ce gândește și nu-și împărtășește sentimentele. În felul acesta se creează un zid emoțional între cei doi și aceasta nu face decât să deterioreze relația.

3. *Teama de a-și asuma responsabilitatea.*

O relație apropiată limitează într-un fel libertatea subiectului în sensul că acesta nu se mai poate întâlni oricând și în orice condiții cu o altă persoană de sex opus. De asemenea, o relație de cuplu presupune și o anumită responsabilitate față de celălalt, care trebuie ajutat atunci când are nevoie.

Există însă și persoane care percep aceste îndatoriri ca pe o povară, ca pe o îngrădire a libertății personale, fapt ce-i împiedică să intre în relații calde și apropiate cu parteneri de sex opus.

4. *Teama de a fi exploatat.*

Adesea facem, din proprie voință, anumite lucruri pentru cei din jur și tot noi ne considerăm exploatați și utilizați. Persoanele care se manifestă astfel, devin hipervigilente și

observă tentative de manipulare acolo unde acestea nu există.

Dacă o persoană dorește cu adevărat să ajungă să aibă o relație apropiată cu altcineva, trebuie să acorde atenție și următoarelor aspecte:

TEHNICI SIMPLE DE PSIHOTERAPIE A OBSESIILOR

• Nu trebuie să vă cramponați de o relație care nu duce nicăieri.

Astfel, o pacientă care a ajuns la cabinetul de psihoterapie pentru tulburări nevrotice, a stat împreună cu un bărbat timp de 6 ani, deși acesta îi spusese clar că nu intenționează să se căsătorească cu ea. Pacienta, deși foarte atrăgătoare, se ține scai de bărbatul respectiv repetându-și mereu că dacă nu se căsătorește cu el nu se va mai căsători niciodată.

• Nu ezitați să spuneți partenerului clar ce anume gândiți și doriți.

O femeie de 30 de ani a intrat într-o relație apropiată cu un bărbat divorțat cu care se întâlnea rar, ea petrecându-și mult timp în singurătate. Nefericită și conștientă de faptul că întâlnirile ocazionale dăunau relației, ea a făcut câteva tentative să discute aceste lucruri cu partenerul ei, care s-a eschivat. Femeia a renunțat să mai deschidă discuția și la scurt timp, relația lor s-a destrămat.

• Nu vă comportați în așa fel încât să vă sacrificați propria personalitate pentru a menține o relație.

Din punct de vedere clinic fenomenele obsesiv-compulsive se împart în (Rachman și Hodgson, 1980):

a) Ruminații obsesive – gânduri obsesive fără comportamente compulsive evidente (acoperite);

Obsesiile sunt gânduri, imagini și impulsiuni parazite, nedorite și intruzive. Ele sunt de regulă privite de subiect ca fiind absurde, inacceptabile și greu de înlăturat.
Odată ce obsesia se instalează, ea este însoțită de sentimente de disconfort și anxietate și de nevoia subiectului de a o neutraliza. Încercările de neutralizare iau forma comportamentului compulsiv (ex: spălat pe mâini, bătut în lemn, etc.).
Adesea acest comportament este acompaniat și de o senzație subiectivă de rezistență la îndeplinirea comportamentului compulsiv. El se desfășoară într-o formă stereotipă, sau după niște reguli fixe și punerea lui în aplicare este însoțită de o descărcare temporară a anxietății. Subiectul nutrește convingerea că dacă nu-și va duce la îndeplinire ritualul, anxietatea sa va crește foarte mult.
Comportamentul compulsiv (de neutralizare) implică o modificare în activitatea mentală a subiectului, în sensul că acesta își abate gândul în mod deliberat de la ideea obsesivă. Pacienții mai dezvoltă și comportamente de evitare îndreptate în mod special în direcția evitării stimulilor declanșatori ai comportamentului obsesiv.

tamentul său a fost acceptabil într-o anumită situație.)
– obsesii sexuale (preocupări pentru organe sexuale sau actele sexuale inacceptabile.) (ex: *voi comite un viol.* Pacientul evită să stea

(acoperite),

b) Ritualuri obsesive – obsesii cu comportamente compulsive deschise. Ideile obsesive, imaginile şi impulsurile obsesive, implică, de regulă, conţinuturi care îi repugnă subiectului. Cu cât conţinuturile respective sunt mai inacceptabile, cu atât subiectul va simţi un disconfort mai mare.

O tematică uzuală a pacienţilor cu tulburare obsesiv compulsivă se referă la tendinţa de a face ceva rău cuiva, urmată de tendinţa de a preveni acest rău potenţial. Obsesia spălatului seamănă mai mult cu o fobie deoarece subiectul se teme de contaminare şi dezvoltă comportamente de evitare pentru a preveni contaminarea.

Principalele tipuri de obsesii:

– de contaminare

– de violenţă fizică a proprii persoane sau a celorlalţi (ex. *îmi voi ucide copilul*. Pacienta nu rămâne singură cu copilul; caută asigurări; ascunde cuţitele, pungile de plastic etc.)

– obsesia morţii (ex. au imaginea fiinţelor dragi moarte)

– obsesia accidentelor

– obsesia unui comportament inacceptabil (ex: *o să spun o obscenitate*. Pacientul încearcă să-şi păstreze autocontrolul; evită situaţiile sociale; îi întreabă pe ceilalţi dacă compor-

e încuiată astfel încât ideea obsesivă că vor intra hoţii nici nu mai apărea.

Precizăm faptul că obsesiile sunt gânduri asociate cu o stare de anxietate (condiţio-

singur cu o femeie; încearcă să-şi abată gândul de la problemele sexuale.
– obsesii religioase (îndoieli cu privire la religie; blasfemii);
– obsesia ordinii (lucrurile să fie la locul lor, acţiunile să se desfăşoare într-o anumită ordine);
– obsesii fără sens (fraze fără sens, imagini, melodii, numere) (ex: *aude în cap melodia de la Actualităţi în timp ce citeşte* şi din acest motiv repetă unele acţiuni până când reuşeşte să citească acelaşi pasaj fără să mai audă melodia cu *urechile minţii.*).

Modelul psihologic al comportamentului obsesiv – compulsiv implică: evitarea obiectelor sau situaţiilor care declanşează obsesia; comportamentul compulsiv şi ritualurile mentale. Când, în ciuda comportamentului de evitare, obsesia se instalează, urmează declanşarea comportamentului compulsiv *(ritualul).*

Dacă obsesiile sunt persistente şi ritualurile capătă un caracter extensiv, la pacienţi se poate manifesta un comportament ritualist aparent independent de obsesie; mai precis, când pacientul se confruntă cu un stimul declanşator al obsesiei, acesta declanşează comportamentul compulsiv (de neutralizare) înainte ca obsesia să apară, pentru a preveni apariţia acesteia. De exemplu, o pacientă încerca de 50–60 de ori să verifice dacă uşa

ale unor situaţii posibile. Aceşti subiecţi cred că dacă îşi iau măsuri de protecţie practicând anumite ritualuri ei vor fi capabili să prevină producerea catastrofelor pe care şi le

nată). Anxietatea legată de gânduri negative diminuă, de regulă dacă nu se produce o nouă condiționare. În cazul ideilor obsesive anxietatea nu se reduce datorită apariției comportamentului compulsiv. Compulsiunile sunt comportamente voluntare (manifeste sau gânduri) care urmează ideile obsesive și pot conduce la o eliberare de anxietate sau disconfort psihic. Comportamentele compulsive se fixează prin întărire datorită reducerii anxietății pe care o provoacă. Astfel, ele produc o eliberare pe termen scurt de stres.

Compulsiunile și evitarea au un rol preventiv în raport cu apariția obsesiilor. Cheia tratamentului constă în aceea că dacă pacientul oprește comportamentul compulsiv, el descoperă că lucrul de care se teme nu se petrece. Tratamentul constă în a expune pacientul la stimulii anxiogeni și în încurajarea sa să blocheze acele comportamente care previn sau încheie respectiva expunere la stimulii anxiogeni. În același timp se indică reevaluarea fricilor, astfel încât pacientul să descopere că fenomenul de care se teme nu se produce cu adevărat.

Tehnici cognitiv-comportamentale de terapie a obsesiilor.

Pacienții care suferă de tulburarea obsesiv-compulsivă nu se tem de un obiect sau de o situație concretă, ci de consecințele imaginare

Oferindu-și tot felul de argumente pro și contra, subiectul rămâne imobilizat și supraîncordarea sa crește tot mai mult.

- *Gânduri obsesive* legate de comiterea

imaginează.

Personalitatea de tip obsesiv se caracterizează prin rigiditate, tendință spre perfecționism, punctualitate și exactitate. Le place ca toate lucrurile să fie făcute foarte bine și imediat și nu tolerează sub nici un chip ambiguitatea. Adesea ei sunt colecționari, acumulează obiecte, le place să facă liste în legătură cu ce au de realizat, sunt excesiv de preocupați de sănătatea lor și îi deranjează foarte mult murdăria și dezordinea. Majoritatea acestor persoane sunt inteligente, introvertite și provin din medii sociale mai elevate. Fensternheim și Jean Baer (1977) împart această categorie de subiecți în două subcomponente:

1. *Persoană obsesiv-compulsiv-obsesivă.* În acest caz domină gândurile obsesive care asaltează și invadează mintea pacientului, acesta fiind incapabil să se elibereze de ele. În loc să încerce să-și controleze gândurile respective, subiectul se lasă cumva mânat și condus de acestea.

Gândurile parazite pot îmbrăca următoarele forme:

- *Indecizie*

Individul prezintă permanent îndoieli obsesive în legătură cu tot felul de situații mărunte: *„Să-mi iau umbrela sau să n-o iau?", „Să mă duc în vizită sau să citesc?"*

nirea nenorocirii. (*„Dacă îmi fac mereu griji că nu sunt pregătit la examen, voi lua precis o notă bună"*).

2. *Persoană obsesiv-compulsiv-compulsivă*

• Gânduri obsesive legate de comiterea unor acte reprobabile sau de posibilitatea ca ceva îngrozitor să se întâmple.

Individul este asaltat brusc de gânduri îngrozitoare care se referă de cele mai multe ori la activități sexuale nepermise, la posibilitatea comiterii unor acte agresive sau la faptul că s-ar putea petrece un lucru teribil. Aceste gânduri declanșează la subiect o anxietate foarte mare. (Pacientul se gândește că și-ar putea mutila propriul copil, că soția sa va muri de cancer sau că va lua casa foc sau că ar putea comite un act homosexual, el fiind heterosexual.)

Gândul obsesiv devine atât de puternic de parcă ar fi real. Astfel, o pacientă care era obsedată de gândul că și-ar putea ucide copilul a început să evite toate obiectele ascuțite din casă.

• *Ruminații obsesive.* (pacientul „macină" gânduri perturbatoare)

Pacientul reia în mod obsesiv gânduri legate de eșecurile și frustrările trecute sau de posibile eșecuri și nenorociri viitoare. (*„Nu am reușit la examen", „nu voi reuși nici anul viitor", „nu voi reuși niciodată", „de ce s-a uitat așa la mine?", „precis nu mă agreează,* etc.")

Persoanele obsesive au tendința de a raționaliza și justifica acest gen de gânduri, imaginându-și de pildă că, dacă se tem că vor fi concediați, acest lucru nu se va întâmpla de parcă respectivul gând a condus la preve-

Un pacient cu tulburare obsesiv-compulsivă trebuie să aibă în vedere următoarele aspecte:

2. *Persoana obsesiv-compulsiv compulsivă.*
În aceste cazuri ritualurile sunt cele care domină existența subiectului. Ducând la îndeplinire anumite acțiuni, individul se eliberează de anxietate. Astfel, o pacientă obsedată de gândul că a atins ceva murdar și că va împrăștia microbi se spală în mod compulsiv pe mâini de 20 de ori pe oră.

- *Ritualurile obsesive.*

În afară de spălatul compulsiv pe mâini mai există și alte ritualuri obsesive, dintre care unele sunt relativ inofensive, în timp ce altele dezorganizează viața individului. Astfel, o adolescentă care se temea că s-ar putea contamina la școală, își arunca hainele de școală în momentul în care intra în casă și acestea trebuiau imediat spălate de mama sa. În același timp, ea dezinfecta cu spirt toate obiectele cu care fusese la școală, inclusiv manualele.
Practic orice acțiune poate deveni un ritual: număratul copacilor, a persoanelor care poartă haine de o anumită culoare, a mașinilor cu numere cu soț, aranjarea unor obiecte într-un anumit mod, etc.

- *Verificările obsesive.*

Persoanele care suferă de această tulburare verifică de foarte multe ori dacă au îndeplinit corect acțiunea pe care tocmai au încheiat-o. (De pildă, se întorc din drum de 4–5 sau chiar mai multe ori pentru a verifica dacă au stins gazul sau au încuiat ușa.)

Interviul preliminar începe cu o întrebare de tipul: *Poți să-mi spui ceva despre problema pe care o ai în ultimul timp?*

- să realizeze faptul că ideile și ritualurile obsesive se amplifică atunci când acesta este obosit, încordat sau are probleme somatice;
- să fie capabil să sesizeze diferența dintre gândurile cu caracter constructiv și cele obsesive. Primele conduc la acțiuni eficiente, în timp ce ultimele produc anxietate și depresie. Astfel, dacă subiectul își spune *sunt într-o pasă proastă, ce pot să fac pentru a depăși situația?*, acesta este un gând constructiv, în timp ce gândul *viața mea nu mai are sens, nu voi putea ieși niciodată din pasa proastă* este un gând distructiv.
- să sesizeze diferența dintre conștiinciozitate și comportamentul obsesiv-compulsiv. Conduita bazată pe conștiinciozitate reprezintă un comportament adaptiv, orientat spre scop și eficient, în timp ce comportamentul compulsiv are doar rolul de a reduce anxietatea și adesea nu face decât să dezorganizeze viața subiectului făcându-l să nu poată sesiza prioritățile și să consume foarte multă energie pentru activități inutile. Astfel, Marianei, casnică și mamă a trei copii, îi ia aproximativ o săptămână să spele rufele pentru că ea verifică de multe ori fiecare lucru în parte pentru a vedea dacă nu lipsesc nasturi, dacă nu cumva s-a rupt ceva etc. După ce termină de făcut aceste verificări, pacienta o ia de la început pentru a se convinge că nu i-a scăpat nimic.

prin comportamente de evitare a ei, cu atât ea parcă devine mai reală și vă supără tot mai

pe care o ai în ultimul timp?

Apoi, terapeutul focalizează interviul întrebând pacientul în legătură cu modul în care l-a afectat problema săptămâna trecută. Odată obţinut tabloul general al simptomului, focalizarea merge în direcţia unor exemple concrete legate de problema simptom.

Terapeutul trebuie să caute puncte cheie care să fie indicatori ale unor conexiuni funcţionale, cum ar fi evenimentele care tind să declanşeze gânduri sau comportamente specifice. Se întreabă astfel: *Mă interesează în mod special gândurile rele care îţi vin în minte şi te deranjează, cât şi tot ceea ce simţi că trebuie să faci în legătură cu gândurile respective.* Formularea problemei trebuie să fie de tipul următor:

Din cele ce mi-ai descris se pare că suferi de o tulburare obsesiv-compulsivă. În cazul unei astfel de tulburări oamenii sunt asaltaţi de gânduri care îi deranjează şi sunt foarte speriaţi sau îngrijoraţi de acest lucru. În cazul dumneavoastră, de exemplu, vă vine în minte gândul că aveţi microbi şi că veţi îmbolnăvi restul familiei. Sunteţi conştient de faptul că este puţin probabil ca acest lucru să se întâmple şi totuşi nu vă puteţi împiedica să vă spălaţi din ce în ce mai des pe mâini, încetaţi să atingeţi copiii, etc. Din nefericire, toate acţiunile pe care le întreprindeţi vă fac să vă simţiţi uşuraţi pentru moment, dar pe termen lung situaţia devine din ce în ce mai rea. Cu cât încercaţi mai mult să scăpaţi de probleme

Limitarea în timp este abosolut necesară, dar ea poate fi modificată în funcţie de evoluţia tratamentului. Testele comportamentale se

mult. Seamănă ceea ce am spus cu ceea ce simțiți?

După ce s-au realizat modificările de rigoare în funcție de cele spuse de pacient, terapeutul trece la descrierea tipului de tratament:

Cea mai bună modalitate de a face față gândurilor care vă tortureazǎ este să vă obișnuiți cu ele fără să mai faceți diverse lucruri pentru a le preveni cum ar fi, de pildă, să vă spălați de prea multe ori pe zi. Acest lucru vă poate ajuta în multe feluri: vă puteți obișnui cu lucrurile care vă sperie, vă puteți desfășura existența în mod normal și mai mult descoperiți că lucrurile de care vă este cel mai frică nu se întâmplă cu adevărat. Cea mai importantă parte a tratamentului are scopul de a vă ajuta să realizați acest lucru. Când veți încerca să realizați ceea ce v-am spus, veți deveni la început mai anxios, dar curând veți observa că anxietatea scade chiar mult mai repede decât v-ați fi așteptat. Cum vi se pare acest gen de terapie?

În discuția cu pacientul accentul trebuie să cadă atât pe autocontrol, cât și pe colaborarea acestuia în cursul psihoterapiei. Terapia se realizează de 2–3 ori pe săptămână și o ședință durează aproximativ o oră. Cele învățate în timpul ședinței de psihoterapie vor trebui puse în practică și exersate acasă. *Cea mai importantă parte a terapiei constă în ceea ce faceți dumneavoastră acasă.* Tratamentul este limitat în timp și durează cam 20 de ședințe (depinde de severitatea tulburării).

cere în primele zile ale tratamentului să ridice un ziar de pe jos fără să se spele pe mâini.

pot realiza și în cabinetul terapeutului. De exemplu unui pacient cu fobie de microbi i se poate cere să atingă talpa pantofului și să evalueze gândurile și stările afective pe care le trăiește.

Psihoterapia tulburării obsesiv-compulsive. Implică următoarele principii:

– Expunerea deliberată la toate situațiile pe care pacientul le evita înainte;

– Expunerea directă la stimulii anxiogeni (inclusiv gânduri negative);

– Stoparea ritualurilor compulsive și a comportamentelor de neutralizare, inclusiv a celor ascunse (implicite).

Se prezintă pacientului modelul de terapie și i se cere să-și formuleze fricile, îndoielile și obiecțiile. Una dintre cele mai frecvente frici constă în aceea că anxietatea va fi atât de puternică încât pacientul nu o va putea suporta, în loc să descrească, așa cum afirmase terapeutul.

Urmează formularea împreună cu pacientul a planului de psihoterapie cu negocierea unor perioade de expunere scurte, medii sau mai lungi la situația anxiogenă. Fiecare expunere este discutată dinainte cu pacientul astfel încât acesta să nu aibă surprize.

Astfel, pentru pacientul obsedat că se va intoxica cu insecticide, un model de sarcină de expunere lungă constă în a-i cere să-și stropească grădina fără să se spele pe mâini după aceea. O sarcină scurtă a constat în a-i

Pacientului trebuie să i se explice că anxietatea nu va deveni intolerabilă și că ea nu va

Sarcinile de expunere se realizează „*in vivo*" şi ele trebuie alese progresiv astfel încât să provoace un disconfort moderat. De asemenea, sarcinile trebuie să corespundă cu stilul de viaţă al pacientului, astfel încât succesul să asigure autoîntărirea.

Pacienţii obsesivi sunt adesea atât de tulburaţi de problemele lor încât nu sunt prea complezenţi să efectueze teme pentru acasă sau nu sunt sinceri în legătură cu îndeplinirea acestora. Ei trebuie pregătiţi pentru acest gen de dificultăţi prin afirmaţii de tipul:

- *Dificultăţile de a-şi îndeplini temele sunt frecvente.*
- *E foarte bine aşa pentru că ori de câte ori o temă ţi se pare dificilă noi putem afla ceva mai mult despre problema ta şi despre modul în care ea te afectează.*
- *E important să te străduieşti să-ţi duci la îndeplinire sarcina trasată dar dacă nu poţi, este util să notezi în detaliu ce anume s-a petrecut, astfel încât să putem să abordăm mai bine astfel de probleme atunci când ele apar în viitor.*

Introducerea care trebuie făcută pacientului înaintea expunerii. Mulţi terapeuţi consideră această etapă deosebit de dificilă pentru că mulţi pacienţi trec prin stări afective negative puternice în urma expunerii. Cu toate acestea mulţi pacienţi acceptă să tolereze acest nivel de stres dacă sunt convinşi de eficienţa tratamentului.

dinţa de a-l neutraliza (tendinţa de a declanşa

dura mai mult de 20–30 min, cât și faptul că anxietatea face parte din tratament. I se explică, de asemenea, că după 2–3 expuneri, anxietatea tinde să scadă și acesta este semnul că psihoterapia are efect.

Expunerea trebuie să se realizeze gradat și sarcinile nu trebuie să fie atât de dificile încât pacientul să nu poată continua terapia.

Modelarea se referă la situația în care terapeutul îndeplinește în fața subiectului sarcina prescrisă. De exemplu, atinge cu mâna scaunul de la W.C.

Modelarea are două roluri importante: arată pacientului exact ce trebuie să facă și are funcția de a asigura o mai bună cooperare a pacientului.

Terapeutul trebuie să renunțe la modelare pe măsură ce terapia progresează pentru că aceasta securizează prea mult pacientul. În primele două săptămâni pacientul este văzut de terapeut de 2–3 ori pe săptămână, câte o jumătate de oră (ședința se poate prelungi la nevoie).

În general, nu este indicat să se încheie ședința atunci când nivelul anxietății pacientului a atins nivelul maxim. Ședința se va prelungi până când se produce o scădere a disconfortului psihic al pacientului. Tratamentul progresează prin intermediul temelor pentru acasă care sunt sarcini realizate la început împreună cu terapeutul. În timpul tuturor ședințelor și al temelor pentru acasă, pacientul notează gradul de disconfort psihic, cât și ten-

și la neutralizarea ei pe plan mental. Astfel, o

acțiuni ritualiste).

Pacientul obsesiv este permanent în căutare de asigurări din partea celorlalți (că nu va infecta pe cineva dacă va da mâna cu respectiva persoană sau că nu se va infecta pe el etc.). Din acest motiv este tentant pentru terapeut să reducă anxietatea pacientului acordându-i asigurări permanente, dar acest demers este sortit eșecului și nu numai atât, se poate produce un cerc vicios între pacient și terapeut, cerc vicios în cadrul căruia pacientul solicită asigurări (că acel lucru rău nu se va întâmpla) și terapeutul i le dă. Acest cerc vicios tinde să îmbrace forma unui comportament ritualizat care blochează abordarea directă a simptomului obsesiv. Este indicat ca și membrii familiei să fie instruiți să nu mai dea asigurări permanente pacientului și să-i răspundă, eventual, cam în felul acesta: *Terapeutul mi-a interzis să răspund la astfel de întrebări.*

Pentru ca terapia să fie eficientă, aceasta trebuie adoptată nevoilor și particularităților pacientului. Terapeutul are nevoie de creativitate și simț al umorului dar, *sub nici o formă, el nu trebuie să râdă de pacient.*

Terapia obsesiilor fără comportament compulsiv manifest (deschis). Aceste obsesii sunt niște tulburări dificil de abordat pentru că evitarea și comportamentul compulsiv sunt aproape integral mascate și din acet motiv sunt greu de controlat.

Termenul de *ruminare obsesivă* este confuz pentru că se referă atât la obsesie, ca atare, cât

– prin evocare deliberată *(formează un gând,*

pacienta era obsedată de gânduri și imagini în care membrii familiei sale mureau și ea obișnuia să rumineze aceste gânduri cam trei ore pe zi. La o anamneză mai atentă rezulta următorul model de gândire: gândul obsesiv: *fiul meu va muri* pe care îl neutraliza prin intermediul gândului: *fiul meu nu va muri* și prin intermediul imaginii în care fiul ei își desfășura normal activitatea.

În cazul obsesiilor fără compulsiuni deschise, expunerea se face la gânduri și acest lucru este mai dificil de controlat.

Un punct crucial al tratamentului îl reprezintă discriminarea dintre obsesie și gândurile neutralizatoare. Astfel, gândurile intensive, involuntare trebuiesc diferențiate de gândurile pe care le produce pacientul prin efort voluntar și care au menirea să reducă anxietatea. Tot un comportament mascat (acoperit) de evitare constă în încercările pacientului de a nu se gândi la un anumit lucru.

Procedeele terapeutice (după Salkovskis și Kirk, 1989)

a) *Antrenametul de habituare*

I se explică pacientului problema punându-se accent pe non-predictibilitatea gândurilor și pe rolul neutralizării mascate.

Apoi i se cere pacientului să se obișnuiască cu gândurile rele fără să întreprindă nimic împotriva lor.

Pentru ca gândurile să devină previzibile și controlabile, se poate proceda în următoarele moduri:

Procedee de generalizare

menține-l atât timp cât îți spun, apoi oprește-l; repetă secvența de mai multe ori);

– scrie ideea respectivă de mai multe ori;

– ascultarea unei casete pe care este imprimată propria voce a pacientului care își exprimă cu voce tare gândurile.

Este important ca gândurile neutralizatoare să nu fie înregistrate pe casetă (exemplu: *„Îmi voi lovi fiul cu cuțitul"*; *„Nu-mi voi lovi fiul cu cuțitul"*).

Pacientului i se cere să asculte caseta în cicluri de câte 30 de secunde și nu declanșează gânduri neutralizatoare, timp de 10 prezentări.

După prezentare se discută cu pacientul ce a simțit și cât de puternică a fost nevoia de neutralizare. Procedura se repetă de mai multe ori. Se pot introduce eventual și imagini video. Apoi pacientului i se cere să exerseze ascultând caseta de două ori pe zi până când anxietatea a scăzut cu 50% față de nivelul său cel mai înalt din timpul ședințelor de psihoterapie.

Se accentuează din nou ideea că pacientul trebuie să blocheze orice încercare de neutralizare.

În momentul în care pacientul poate asculta caseta fără a declanșa gânduri de neutralizare și doar cu o anxietate minimală se poate înlocui gândul înregistrat cu un altul și procedura se repetă.

Odată ce pacientul s-a obișnuit cu 1–2 gânduri obsesive, se poate obține cu ușurință generalizarea.

În cadrul primei ședințe i se explică și i se

1. Pacientul trebuie să asculte caseta în condiții dificile. (ex. un pacient cu obsesia că va lovi oamenii pe stradă, trebuie să asculte caseta în timp ce se plimbă).
2. trebuie să asculte caseta în condiții de stres, când e deja anxios (ex. la stomatolog).
3. variații ale conținutului casetei (diferite gânduri); caseta se poate pune mai tare sau mai încet.

În cele din urmă i se cere pacientului să producă gânduri obsesive în mod deliberat, procedând în conformitate cu aceeași secvență: un gând, mai multe gânduri, în condiții variate, fără să caute să le neutralizeze.

Oprirea gândurilor

Are drept scop furnizarea unei strategii de a alunga gândurile parazite și de a le reduce durata. Această tehnică contribuie la creșterea încrederii în sine a pacientului în ceea ce privește posibilitatea sa de autocontrol. Se cere subiectului să reducă durata gândurilor obsesive, fără a încerca să le neutralizeze. Pacientul și terapeutul realizeaază o listă care cuprinde patru gânduri obsesive, o listă mai lungă a situațiilor care le declanșează și o listă alternativă care să cuprindă 4 gânduri alternative, relaxante și interesante (ex. să ne reamintim o călătorie agreabilă, un eveniment sportiv sau o scenă dintr-un film).

Este absolut necesar ca gândurile neutralizatoare să nu fie incluse în lista inițială de gânduri. Fiecare gând obsesiv este evaluat sub aspectul disconfortului, cât și al vivacității sale.

... cadrul primei şedinţe i se explică şi i se demonstrează subiectului în ce constă metoda. *„Doresc să stai foarte relaxat cu ochii închişi. Îţi voi descrie o scenă care îţi va actualiza obsesiile. Doresc să ridici mâna sus imediat ce ţi-au venit gândurile obsesive, chiar dacă nu am terminat de descris scena".*

Apoi terapeutul descrie o scenă „semnal" declanşator al unui gând obsesiv al pacientului. Imediat ce pacientul ridică mâna, terapeutul îi spune cu o voce puternică STOP! şi apoi îl întreabă ce s-a întâmplat cu gândul obsesiv. Cuvântul STOP! nu poate fi pronunţat în public, dar se poate asocia pronunţarea lui mentală cu oprirea gândurilor. Procedura trebuie repetată de mai multe ori, pacientul fiind instruit ca la cuvântul STOP! să se comute mental, imaginându-şi o scenă alternativă pe care trebuie să şi-o reprezinte în detaliu. Şedinţa continuă cu un antrenament de 10 minute de oprire a gândurilor cu declanşarea unor gânduri şi imagini alternative. Pacientul este lăsat să-şi reprezinte scena alternativă timp de 1 minut, cu o pauză de 30 secunde pentru relaxare, înainte de a nota pe scala gradată disconfortul şi vivacitatea reprezentării.

Apoi i se spune pacientului: *„Doresc să obţii un autocontrol mai bun asupra metodei. Acum eu voi descrie scena şi în momentul în care îţi vin gândurile obsesive, spune-ţi în gând STOP! şi descrie-ţi, tot în gând, scena alternativă. Când ai reuşit să-ţi reprezinţi scena alternativă, ridică mâna sus".*

Temele pentru acasă se realizează în şedinţe zilnice de oprire a gândurilor care se realizează

în perioadele relativ liniștite, când pacientul nu e tulburat de gânduri obsesive intense.

După o practică de aproximativ o săptămână, pacientul e încurajat să utilizeze metoda pentru a înlătura gânduri ușor sau moderat perturbatoare care apar în timpul zilei. Treptat el trebuie să treacă la oprirea unor gânduri tot mai deranjante. În această etapă se cere pacienților să intre în situațiile pe care înainte le evitau. Se subliniază faptul că la început succesele vor fi limitate și că acele gânduri supărătoare vor fi alungate, la început, doar pentru moment, dar pe măsură ce se exersează, progresele nu se vor lăsa prea mult așteptate.

Model de terapie pentru tulburările obsesiv-compulsive ușoare și moderate (după Fensternhneim și Jean Baer, 1977)

a) *Blocarea reacției compulsive.*

Subiectului i s-a format deprinderea de a avea anumite gânduri obsesive și în același timp el devine anxios din cauza acestora. Ducerea la îndeplinire a ritualului îl eliberează de anxietate, ritualul acționând ca un fel de „fugă" din situație. În același timp, ieșirea din situație prin intermediul ritualului nu face decât să întărească reacția anxioasă pentru că nu îi permite subiectului să afle faptul că lucrul de care el se teme cel mai mult nu se va petrece cu adevărat. Din acest motiv este indicat ca pacientul să nu mai evadeze din situație prin intermediul ritualului obsesiv. În cazul în care ducerea la îndeplinire a ritualului este blocată, subiectul învățând să înfrunte gândurile obse-

sive cu calm, acestea se vor opri în cele din urmă.

b) *Contractul de preîntâmpinare a comportamentului compulsiv.*

Acest contract are la rândul său, drept scop, să ajute subiectul să blocheze reacțiile de tip compulsiv și implică următoarele etape:

– pacientul trebuie să-și precizeze clar ce tip de comportament dorește să blocheze (să verifice dacă ușile sunt încuiate, să se spele pe mâini de nenumărate ori etc.);

– să precizeze ce recompensă ar dori să obțină de la partenerul său pentru că nu mai duce la îndeplinire secvența patologică de comportament (să primească un cadou, să meargă la restaurant etc.);

– să specifice exact ce anume trebuie să facă pentru a primi recompensa (de pildă, să nu dea curs activității ritualiste timp de 2 zile).

După ce subiectul a reușit să câștige premiul dorit, se poate trece la creșterea treptată a intervalului când acesta nu va îndeplini ritualul obsesiv: 3 zile, o săptămână, o lună etc.), mărindu-se eventual și valoarea recompensei.

Prezentare de caz: Cornel, profesor de biologie, un individ sociabil și amator de petreceri, era permanent dominat de gânduri obsesive legate de moarte („mama va face un atac de cord", „dacă fiul meu pleacă în Germania, precis că avionul se va prăbuși", „soția mea se va îmbolnăvi de cancer" etc.). Pentru „a preveni" producerea nenorocirilor respective, Cornel și-a pus la punct un ritual foarte complicat: obișnuia să se spele pe dinți de patru ori pe zi, purtând pasta și periuța de

dinți în buzunar, să se spele în mod compulsiv pe mâini și să numere și să reașeze hainele pe umerașe în dulap.

Contractul terapeutic utilizat în acest caz a fost următorul:

Cornel trebuia să se abțină timp de o săptămână să verifice și să reașeze hainele în dulap. În cazul în care pacientul se ținea de cuvânt, soția trebuia să invite prieteni la masă, în caz contrar soția nu invita pe nimeni. Dacă soțul reușea să se abțină de la ritual timp de trei săptămâni, cei doi urmau să ia masa în oraș cu prietenii.

Interesant este faptul că pe măsură ce Cornel a reușit să-și controleze gândurile obsesive și comportamentele ritualiste, a ieșit la iveală faptul că pacientul nutrea sentimente de ostilitate față de soția sa, sentimente pe care era incapabil să le exprime. În această etapă a terapiei, subiectul a fost învățat să-și exprime deschis sentimentele de nemulțumire și ostilitate, ceea ce a contribuit în final la îmbunătățirea relației de cuplu.

c) *Destructurarea modelului patologic al gândirii necontrolate.*

Un prim pas în realizarea acestui deziderat îl reprezintă achiziționarea deprinderilor de relaxare, deoarece cu cât subiectul este mai încordat, cu atât este mai stăpânit de gândurile producătoare de anxietate. De aceea, învățarea relaxării reprezintă o metodă indirectă de autocontrol a gândurilor negative. Din nefericire însă, majoritatea pacienților obsesivi au dificultăți în însușirea relaxării, pentru că sunt permanent bombardați de gândurile perturba-

toare referitoare la tot felul de nenorociri posibile (acești pacienți afirmă adesea: *„îmi simt corpul relaxat, dar gândurile nu-mi dau pace“*).

Fensternheim și Jean Baer (1977) propun pentru această categorie de subiecți următorul exercițiu, menit să contribuie la obținerea unui mai bun autocontrol asupra gândurilor negative.

Pacientului i se cere să se așeze într-o poziție confortabilă, așezat pe un fotoliu sau întins pe o canapea, cu ochii închiși și să răspundă în limbaj interior la întrebările adresate de terapeut (se poate utiliza și o casetă). Răspunsul poate fi *da, nu, poate, uneori* sau este posibil ca subiectul să nu dea nici un răspuns!

„Poți să faci în așa fel încât pleoapele tale să devină tot mai grele, din ce în ce mai grele?“

„Poți să faci ca brațul tău drept să devină mai relaxat decât brațul stâng?“

„Poți să-ți imaginezi că privești un obiect în depărtare?“

„Îți poți imagina că te afli pe malul unui lac și că admiri un apus de soare?

„Îți poți imagina cum ar arăta tabloul care oglindește apusul soarelui realizat de un pictor modern?“

„Poți să-ți reprezinți mirosul de căpșuni proaspete?“

„Poți să-ți amintești ce gust avea înghețata atunci când erai copil?“

„Îți poți imagina cum arăta un lac pe timp de primăvară?“

„Ești capabil să numeri culorile curcubeului?“

„Poţi să faci în aşa fel încât picioarele tale să devină tot mai grele şi mai relaxate?"
„Poţi să asculţi sunetul propriei tale respiraţii?"
„Poţi să respiri calm şi liniştit aşa cum faci atunci când dormi?"
„Poţi să-ţi imaginezi o scenă plăcută şi să te gândeşti la cuvântul *calm*?"
„Poţi să faci în aşa fel încât întregul tău corp să se simtă calm şi relaxat?"
„Calm şi relaxat....."
„Calm şi relaxat....."
Se acordă o pauză de 10 secunde după care subiectul poate deschide ochii, continuând să rămână relaxat. Întregul exerciţiu durează în jur de 5 minute şi trebuie practicat până când subiectul învaţă întrebările şi devine capabil să şi le adreseze singur în gând chiar în situaţii de viaţă în care se simte tensionat. Pacientul este instruit ca imediat ce îi vine în minte un gând obsesiv de care doreşte să se debaraseze să-şi spună în limbaj interior *STOP!* şi apoi *calm* şi să-şi relaxeze musculatura.
În cazul în care tehnica blocării nu dă rezultatele scontate, se poate aplica tehnica inversă în cadrul căreia gândurile negative sunt hiperbolizate până la ridicol. Astfel o secretară era obsedată de gândul că va fi concediată pentru că nu este suficient de conştiincioasă. Terapeutul i-a indicat să-şi spună un text de tipul următor:
„Voi face o greşeală mică şi aceasta va duce la falimentul firmei. Voi fi dată afară şi voi ajunge la închisoare. Când mă voi elibera nu

mă va mai angaja nimeni și voi ajunge să cerșesc pe treptele bisericii".

Pacienții obsesivi suferă de o teamă care izvorăște din interiorul ființei lor, iar ritualurile obsesive produc doar o ușurare de moment. Orice eliberare de gânduri negative are un caracter accidental și nu este consecința autocontrolului exercitat de subiect asupra stărilor sale psihice. Această situație conduce la starea denumită „neajutorare dobândită", care, la rândul său induce depresia, care, de cele mai multe ori evoluează în paralel cu gândurile și comportamentele obsesive. Subiecții care suferă de obsesii sunt permanent preocupați să se elibereze de teamă și din acest motiv le rămâne relativ puțin timp și energie pentru activități agreabile, fapt ce conduce la accentuarea depresiei.

Ștefan, un economist în vârstă de 40 de ani, s-a prezentat la psihoterapie pentru o depresie moderată și idei obsesive legate de ineficiența personală. Pacientul nu făcea altceva decât să-și găsească permanent defecte și neajunsuri. Se critica pentru modul în care lucra la firmă, pentru faptul că nu făcea suficient pentru gospodărie, pentru că nu se ocupa de copii, el considerând chiar că nu este suficient de bun pentru soția sa. Datorită dispoziției depresive, nevoile și performanțele sale sexuale s-au redus simțitor. Interesant este faptul că pacientul nu putea găsi nici un element pozitiv la propria persoană. Terapeutul i-a explicat că dacă cineva i-ar spune de câte două sute de ori pe zi cât este de rău și de ineficient, el (terapeutul) ar sfârși, în cele

din urmă prin a-l crede, ori acest lucru își făcea subiectul lui însuși.

În acest caz a fost utilizată tehnica relaxării, cu sugestii de întărire a eului, combinată cu tehnica opririi gândurilor negative și cu cea a combaterii sentimentului de neajutorare dobândită. Ștefan a primit drept sarcină terapeutică să-și facă mici plăceri, și el a decis să mănânce înghețată la desert și să se înscrie la un cerc de karate.

Pentru creșterea autostimei i s-a recomandat să cumpere, din când în când, câte un mic dar soției, deoarece pacientul se considera incompetent în calitate de soț. Pe măsură ce a izbutit să-și controleze comportamentul prin care își oferea satisfacții personale, el a început să-și controleze și gândurile negative legate de propria persoană și a devenit ceva mai asertiv și mai puțin depresiv.

PSIHOTERAPIA ANXIETĂȚII LEGATE DE PROBLEMELE SEXUALE

Inițial s-a considerat că disfuncțiile sexuale au drept cauză experiențele timpurii din copilărie, experiențele legate mai ales de anormalitățile sexualității infantile, cât și de interrelațiile anormale dintre părinte și copil.
Între anii 1950–1960 abordarea comportamentalistă, mai ales desensibilizarea sistematică a început să fie utilizată cu succes în cazul disfuncțiilor sexuale. Acest demers terapeutic se baza pe supoziția conform căreia cele mai multe comportamente sexuale patologice sunt comportamente învățate, au la bază anxietatea și ele pot fi modificate utilizând principii derivate din teoriile învățării. În 1970 a apărut celebra lucrare a lui Masters și Johnson *„Human sexual inadequacy"* *(Inadecvările sexuale la om)*, lucrare care stă la baza psihoterapiilor comportamentale moderne în problemele sexuale. În cadrul acestor terapii accentul cade pe dezvoltarea deprinderilor de comunicare, educație și implicarea ambilor parteneri în rezolvarea problemei.
Terapia sexuală se utilizează în tratamentul cuplurilor cu probleme pentru că este dificil de ajutat altfel un subiect cu probleme sexuale care nu are un partener care să-l

sprijine. Ulterior au fost realizate și tentative ale terapiei sexuale menite să ajute și pe subiecții care nu au la dispoziție un partener. Disfuncțiile sexuale au drept cauză atât factori fiziologici cât și psihici. Este important de știut că și în cazul factorilor fiziologici, factorii psihologici secundari nu fac decât să complice situația.

Natura disfuncțiilor sexuale. O definiție corectă a disfuncțiilor sexuale o reprezintă perturbarea persistentă a modelelor sexuale de interes și răspuns.

Disfuncțiile sexuale se delimitează de deviațiile sexuale, care reprezintă comportamente care se deosebesc sub aspect calitativ de cele sexuale normale și sunt nocive pentru alți oameni. Această definiție nu e pe deplin satisfăcătoare pentru că, pe de o parte este dificil de circumscris comportamentul sexual normal, iar pe de altă parte faptul că un comportament sexual este calificat drept disfuncțional depinde de mai mulți factori: dacă partenerul consideră că este o problemă, iar aceste expectații pot fi influențate de opinia prietenilor, mass media sau opinia unor medici (H a w t o n , 1989).

Nu a fost elaborată până acum o clasificare satisfăcătoare a disfuncțiilor sexuale. În general se acceptă drept criterii interesul sexual, activare sexuală, orgasmul și alte probleme. Alți factori care trebuie luați în considerare sunt perioada de debut și gradul de extensiune al tulburării.

Termenii *tulburare primară* și *secundară* se referă la faptul dacă tulburarea a fost pre-

zentă de la începerea activității sexuale sau a debutat după o perioadă de funcționare sexuală satisfăcătoare. Termenii *total* și *situațional* se referă la faptul că tulburarea sexuală este prezentă în toate situațiile sau doar în unele din acestea (sex adecvat cu partenerul obișnuit dar nu și cu alt partener, activitate sexuală prin intermediul masturbației etc.). În cadrul fiecărei tulburări sexuale există nenumărate variații ca de pildă, în cazul tulburării de erecție există bărbați care realizează erecția cu partenera, dar pierd în timpul actului sexual, bărbați care obțin doar o erecție parțială, bărbați care obțin erecția doar când sunt singuri (în timpul masturbării) și bărbați care nu au erecție în nici un fel de situație.

Lipsa satisfacției sexuale reprezintă o problemă importantă pentru care indivizii sau cuplurile solicită psihoterapia (fără să existe de fapt disfuncții sexuale). Mulți din acești subiecți nu se referă la vreo disfuncție anume, ci la absența satisfacției sexuale. La această situație își pot aduce contribuția factori variați cum ar fi:

- dificultăți relaționale;
- partenerii nu se mai consideră atrăgători unul pe celălalt;
- plictiseala și monotonia.

Uneori această problemă poate fi secundară lipsei de interes sexual (Bancroft, 1983). În afara disfuncțiilor sexuale, sau a lipsei de satisfacție sexuală, pacienții se pot adresa specialiștilor și pentru alte probleme, cum ar fi, de pildă: depresie, insomnie, probleme ginecologice sau lipsa fertilității.

Cauzele tulburărilor sexuale se referă la:

- *Cauze fiziologice:* boală, operații, diverse tratamente (Bancroft, 1983; Hawton, 1985, 1987).

Chiar și în aceste cazuri factorul psihologic accentuează tulburarea și terapia cognitiv-comportamentală este indicată.

- *Factori predispozanți* (lipsă de încredere în sine; pubertate întârziată).
- *Factori precipitatori* (eșec sexual sub influența alcoolului).
- *Factori care mențin tulburarea* (anxietatea anticipatorie la fiecare tentativă de act sexual).

Disfuncții sexuale la femei

1. *Scăderea interesului sexual – libido scăzut:*

- variază considerabil de la o femeie la alta;
- se reflectă în frecvența actelor sexuale cu partenerul, gânduri cu conținut sexual, masturbare;
- se asociază frecvent cu dificultăți relaționale și depresie (Hawton și Catalan, 1986; Weissman și Paykel, 1974).

2. *Activare sexuală scăzută:* reducerea răspunsurilor fiziologice normale (exemplu: lubrefierea vaginului) la stimulare sexuală și lipsa senzațiilor asociate cu excitația sexuală:

- este firească la menopauză și după naștere.

3. *Deficiență de orgasm:* absență sau orgasm foarte rar. Terapeutul trebuie să diferențieze acele femei care nu obțin orgasm cu partenerul, dar îl obțin prin masturbare, de cele care nu s-au masturbat niciodată.

Deficiența orgasmică secundară se asociază de obicei cu dificultăți relaționale.

4. *Vaginism:* act sexual imposibil sau extrem de dureros datorită unui spasm vaginal care împiedică penetrarea.

Poate apărea după un traumatism al vaginului sau în urma unei infecții.

Multe din aceste femei au idei greșite cu privire la sexualitate. Multe din ele sunt altfel normale sub aspectul responsivității sexuale (Duddle, 1977).

5. *Dispareunia* – act sexual dureros. Durerea poate fi superficială, medie (datorită lipsei excitației, infecțiilor vaginale, unor chisturi) sau profundă (infecție pelviană, endometrită sau lipsa activării sexuale). În aceste cazuri se indică controlul ginecologic.

Disfuncțiile sexuale la bărbați.

1. *Interes sexual scăzut:* poate fi consecința unei tulburări de erecție, a dificultăților relaționale sau a depresiei. Trebuie exclusă cauza organică (hipoganadism).

2. *Tulburarea de erecție:*

- este cea mai răspândită tulburare pentru care se solicită psihoterapia;
- are forme diverse;
- mecanismul erecției este influențat de o varietate de factori psihologici (anxietate, distragere, expectația performanței) și fiziologice: (diabet, probleme circulatorii, leziuni ale coloanei vertebrale, medicație antihipertensivă).

3. *Ejaculare precoce:*

- este dificil de definit, de regulă este bine să se solicite și opinia partenerei, pentru că unii oameni au expectații neraționale;

• de regulă reprezintă o tulburare primară;
• masturbarea rapidă poate fi un factor predispozant;
• frecventă la tineri la începutul vieții sexuale;
• frecventă în stări de stres;
• numai în cazul în care este persistentă este considerată simptom.

4. *Ejaculare întârziată sau absentă:*
• este o tulburare relativ rară, care afectează atât ejacularea cât și orgasmul;
• trebuie distinsă de tulburarea datorată unor cauze fiziologice (prostatectomie) sau medicație (tioridazin), când subiectul are orgasm dar nu ejaculează.

Ejacularea se poate obține în timpul masturbării dar nu și cu o parteneră, numai în somn sau deloc (în acest din urmă caz se suspicionează o cauză fizică).

Când ejacularea este întârziată, stimularea sexuală trebuie să fie prelungită un timp neobișnuit de lung până ca ea să apară.

5. *Ejaculare dureroasă și dispareunie:* senzație de durere sau arsură după ejaculare, de regulă este rezultatul unei infecții (uretrită, prostatită etc.).

Dispareunia este un act sexual dureros, de regulă datorată unor cauze organice.

Factorii psihologici care pot contribui la disfuncțiile sexuale (după Hawton, 1989)

Factori predispozanți:
• Educație restrictivă: atitudinea părinților e distorsionată sau provoacă inhibiția sexuală;
• Relațiile familiale perturbate, lipsa afecțiunii;
• Experiențe sexuale timpurii cu caracter psihotraumatizant: viol, incest;

- Lipsa educației sexuale.

Factori precipitatori:

- Relații perturbatoare cu partenerul
- Nașterea unui copil (aici dificultățile sexuale pot apare și datorită unor factori fiziologici sau datorită depresiei);
- Infidelitatea;
- Disfuncții ale partenerului.
- Eșecuri repetate
- Depresie
- Anxietate
- Experiențe sexuale traumatizante
- Vârsta
- Reacția psihologică la unii factori organici.

Factori care mențin tulburarea:

- Anxietatea de performanță;
- Teama de eșec (de pierdere a erecției);
- Solicitările partenerului;
- Comunicare insuficientă între parteneri;
- Culpabilitate (eventual legată de o relație extraconjugală).
- Lipsa atracției față de partener;
- Relații conflictuale;
- Teama de intimitate emoțională;
- Informații sexuale insuficiente despre modul cum se realizează stimularea partenerului;
- Joc erotic preliminar insuficient (astfel încât partenera nu e excitată);
- Depresie;
- Anxietate.

Așa cum am mai subliniat, experții sexologi estimează faptul că mai mult de jumătate din cuplurile din Europa de vest și Statele Unite

au diverse dificultăţi legate de viaţa sexuală, iar majoritatea acestor dificultăţi au drept cauză anxietatea.

Fensternheim şi Jean Baer (1977) se referă la următoarele aspecte ce pot constitui semnale de alarmă în legătură cu existenţa unor probleme sexuale:

• Evitarea deliberată a relaţiilor sexuale. Aceasta nu se referă la faptul că o persoană poate să nu fie la un moment dat într-o dispoziţie potrivită pentru a întreţine relaţii sexuale, ci la evitarea sistematică a acestora, evitare care devine o obişnuinţă.

Observaţi-vă propriul comportament şi verificaţi dacă nu cumva inhibaţi orice manifestare de afecţiune care ar putea conduce la relaţii sexuale.

• Evitarea relaţiilor sexuale fără ca subiectul să fie conştient de acest lucru. Subiecţii invocă tot felul de motive pentru a evita sexul; oboseală, indispoziţie, faptul că au prea mult de lucru etc.

• Transformarea relaţiei sexuale într-o rutină zilnică.

• Subiectul este îngrijorat în legătură cu diverse aspecte legate de viaţa sa sexuală: se teme că are fantezii prea bogate sau, dimpotrivă, că nu are fantezii, că are dorinţe inacceptabile etc.

• Existenţa unei disfuncţii sau a unei perversiuni sexuale.

Trebuie subliniat faptul că în Europa şi America activitatea sexuală este înalt investită emoţional şi din acest motiv, fricile şi anxie-

tatea pot să conducă la blocarea acesteia, generând insatisfacţii şi inhibiţii.

Înainte de a trece la un program de psihoterapie care să conducă la reducerea anxietăţii legate de domeniul vieţii sexuale, persoanele care au astfel de probleme trebuie să cunoască următoarele aspecte:

1. Deoarece activitatea sexuală este în primul rând o activitate fizică, orice disconfort fizic afectează această activitate. Din acest motiv, nu trebuie să ne grăbim să punem orice disfuncţie sexuală pe seama unor factori de natură psihologică.

Astfel, durerile din timpul actului sexual pot avea drept cauză o leziune a colului uterin, iar o tulburare de erecţie poate fi consecinţa unei tulburări endocrine. Din acest motiv, înainte de a începe psihoterapia, este indicat un control medical de specialitate.

2. Activitatea sexuală a omului este condusă în primul rând de creier şi apoi de glandele endocrine. Aceasta înseamnă că toate experienţele anterioare, precum şi toate gândurile şi atitudinile prezente sau trecute influenţează activitatea sexuală prezentă.

3. Noţiunea de partener neimplicat este mult exagerată. Fricile, anxietăţile, afecţiunea, tandreţea, dragostea pe care cineva le manifestă, interacţionează cu cele ale partenerului, amplificându-se. Astfel, dacă unul din membrii cuplului are probleme, acestea îl vor afecta şi pe celălalt.

4. Într-o relaţie de dragoste, obiectivul activităţii sexuale trebuie să fie o comunicare plenară atât pe plan fizic, cât şi psihic care să con-

ducă la contopirea celor doi parteneri într-o singură ființă. Se ajunge la împlinirea sexuală prin intermediul sentimentului de dragoste și invers, la împlinirea dragostei prin intermediul sexului.

5. Așa cum este posibil să ne eliberăm și de alte frici, fobii și anxietăți, putem să ne eliberăm și de cele al căror conținut se referă la domeniul vieții sexuale.

Temerile care influențează viața sexuală (Fensternheim și Jean Baer, 1977). Autorii sunt de părere că orice fel de teamă poate influența viața sexuală, dar că există, în principal, trei categorii mai importante care afectează acest domeniu al existenței:

1. *Temeri externe sau tangențiale*

Acestea își au originea în viața cotidiană și în experiențele anterioare ale subiectului care nu au o legătură directă cu viața sexuală sau cu relația de cuplu. Astfel, un individ poate suferi de fobie de întuneric și din acest motiv nu poate face dragoste decât cu lumina aprinsă, ceea ce poate să-l deranjeze pe partenerul său; o femeie tânără putea fi foarte ușor activată sexual, dar ea nu ajungea niciodată la orgasm. O anamneză amănunțită a evidențiat faptul că pacienta suferise în copilărie de astm bronșic și orice modificare a ritmului ei respirator o înspăimânta.

2. *Temeri legate de relația interpersonală:*

În această categorie putem include teama de respingere, de a nu fi înțeles de partener, de a fi *utilizat* de acesta, sau teama de a da frâu liber sentimentelor *(dacă îi arăt ce simt cu adevărat, el va profita de mine).*

Viaţa sexuală poate fi influenţată negativ şi de conflictele şi resentimentele existente în cadrul cuplului. Uneori certurile şi conflictele contribuie la îmbunătăţirea calităţii vieţii sexuale, alteori dimpotrivă, o blochează *(cum pot face dragoste cu el dacă m-a supărat atât de tare).*
Prezentare de caz: Mihai şi Elvira, doi soţi în jurul vârstei de 25 de ani, s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru următoarea problemă de cuplu: ei se certau violent, după care întreţineau relaţii sexuale excelente. În situaţia în care aveau contacte sexuale într-o perioadă de linişte, totul le părea monoton şi lipsit de viaţă. Adesea, Elvira îl provoca pe Mihai în mod deliberat pentru a se ajunge la relaţiile sexuale realizate cu intensitate maximă. Totul a mers relativ bine până în momentul în care Mihai a început să-şi piardă controlul şi să-şi lovească soţia cu sălbăticie.
Anamneza a evidenţiat faptul că Mihai se temea teribil să-şi exprime sentimentele de tandreţe pentru că în copilărie, părinţii îl manipulau purtându-se drăguţ cu el şi obligându-l să facă lucruri pe care nu dorea să le facă. Ca rezultat, el a devenit neîncrezător în sentimentele de tandreţe proprii sau în ale celorlalţi. Astfel, deşi o iubea sincer pe Elvira, el îşi reprima sentimentele pozitive şi le exprima doar pe cele negative, putând să se comporte spontan doar atunci când era furios.
În acest caz, terapia a avut ca obiective să corecteze gândurile iraţionale ale subiectului în legătură cu exprimarea sentimentelor de tandreţe, precum şi trasarea unor sarcini în sfera comportamentală, sarcini prin intermediul

cărora subiectul să adreseze în mod deliberat remarci tandre soției. Odată ce teama de exprimare a trăirilor afective pozitive a scăzut, cei doi soți nu au mai avut nevoie de conflicte pentru a avea relații sexuale normale.
Frecvent se manifestă la persoanele cu probleme și teama de a nu-și decepţiona partenerul, teamă ce îmbracă forma unei presiuni continue pe care individul o simte din partea partenerului său. Acesta este atât de concentrat pentru a detecta diverse semne de dezamăgire pe care le-ar putea manifesta celălalt, încât nu se mai poate bucura de relația intimă.
3. *Temeri specifice legate de sfera vieții sexuale*
• Teama de a nu funcţiona adecvat în plan sexual, sau așa-numita anxietate de performanță. În astfel de cazuri, subiectul deplasează accentul pe modul în care funcționează și nu pe plăcerea proprie și pe cea a partenerului sau pe comunicarea interpersonală. Frecvent subiecții cu astfel de probleme se tem de faptul că nu vor avea erecţie, că o vor pierde pe parcurs, sau că nu vor atinge orgasmul. Acest tip de temeri conduce la alte remeri cu caracter secundar, cum ar fi de pildă:
• Teama că partenera sau partenerul va fi nesatisfăcut. Dacă acesta își va da seama de dificultatea subiectului, ea îl va prețui mai puțin, fapt ce îi determină să interpreteze orice comentariu, oricât de nevinovat, ca un semn de dispreț.

În astfel de situații bărbații, dar mai ales femeile încearcă să-și mascheze dificultățile mimând orgasmul.

• teama de a nu fi umilit în public, apare mai ales la bărbați, care sunt terorizați de ideea că ceilalți ar putea afla problema lor și ar putea să-și bată joc de ei;

• teama de dificultățile sexuale ale partenerului; subiectul cu astfel de probleme consideră că dacă partenerul suferă de vreo disfuncție sexuală înseamnă că ceva este în neregulă cu el („*dacă aș fi fost un bărbat adevărat, ea ar fi avut orgasm* sau *dacă aș fi fost o femeie adevărată, el nu ar fi avut probleme*“). Aceste temeri produc frustrări și comportamente de evitare, fapt ce amplifică anxietatea de inadecvare a celuilalt. Astfel, subiectul fie că aruncă întreaga vină asupra celuilalt, fie își asumă întreaga responsabilitate a eșecului, ambele comportamente fiind disfuncționale. Prezentare de caz: Matei, un inginer în vârstă de 36 ani, a prezentat tulburări de dinamică sexuală în timpul primei căsătorii. El a urmat tratament psihoterapeutic, după care impotența s-a rezolvat. Datorită altor probleme legate de relațiile interpersonale, el s-a decis totuși să divorțeze. După divorț, Matei a avut relații sexuale normale. Când s-a căsătorit a doua oară, soția sa, la care ținea foarte mult, nu putea ajunge la orgasm în timpul actului sexual obișnuit, ea putând obține această stare doar prin stimulare clitoridiană. Deși soția i-a spus că nu este vina lui și că ea a funcționat totdeauna așa, afirmând că relațiile sexuale îi dau satisfacție, Matei a început să-și facă tot

mai multe probleme până când i s-a reinstalat impotența.
Uneori, chiar anticiparea faptului că partenerul ar putea avea probleme, alterează relația intimă. Astfel, o studentă a afirmat că ea și-a pierdut interesul pentru sex pentru că a început să se teamă de faptul că prietenul ei nu va avea erecție, o va învinovăți pe ea și în cele din urmă o va părăsi. Înainte de a-i veni această idee, totul între ei mergea bine. Ea nu a discutat niciodată problema în mod deschis cu băiatul, în schimb i-a transmis starea ei de nervozitate care l-a făcut, în cele din urmă, să devină impotent.

- Teama că subiectul este anormal sub aspect sexual, această teamă implicând următoarele componente:
- teama că subiectul nu se încadrează într-o normă statistică, fără a ține seama de faptul că, la fel ca și în alte sfere ale vieții psihice și somatice, există mari diferențe interindividuale; de regulă aceste probleme apar datorită unei insuficiente educații sexuale științifice, subiectul având informații fragmentare, din lecturi facile sau filme, sau din povestirile fanteziste ale unor prieteni, care își exagerează mult performanțele în acest domeniu. Astfel, foarte mulți bărbați tineri își fac probleme în legătură cu lungimea penisului.
- teama de perversiuni sexuale; unii subiecți obțin satisfacții de pe urma unor activități sexuale mai speciale, după care încep să se teamă dacă nu cumva sunt perverși.

De regulă sexologii contemporani sunt de părere că putem considera ca fiind activități

sexuale normale toate acele comportamente liber consimţite şi care au loc între adulţi de sexe diferite chiar dacă acestea pot să iasă din standardele general admise de publicul larg.

• teama de a nu fi inhibat în plan sexual, se datorează faptului că multe persoane, mai ales în societatea occidentală îşi aleg drept modele de comportament sexual filmele sau revistele pornografice. Aceasta înseamnă nu numai că se poate face orice între doi adulţi de sexe opuse, dar aceştia chiar se simt obligaţi să facă tot ce au văzut şi chiar să obţină satisfacţii, ceea ce nu este totdeauna adevărat pentru toată lumea.

Alte temeri din domeniul vieţii sexuale. Specialiştii susţin că pot exista multe astfel de temeri cum ar fi: teama de sarcină, de pierdere a potenţei *(nu mai sunt bărbatul de altă dată)*, de îmbătrânire *(el nu mă va mai dori; eu am patruzeci de ani şi el 42 şi oricând îşi poate găsi o femeie de 20 de ani)*, teama de traumatism fizic (poate apare mai ales la femeile care au fost agresate sexual) etc. Toate aceste temeri conduc la obiective exagerate sau artificiale, care alterează calitatea vieţii sexuale, ca de pildă: să fii un expert în domeniul sexului, să menţii o reaţie neechilibrată (urmărind doar satisfacţia proprie sau doar pe cea a partenerului) să ai drept scop unic atingerea orgasmului sau să menţii un comportament stereotip cu teama de a încerca şi bucurii noi.

Majoritatea persoanelor care prezintă astfel de probleme uită de obiectivul autentic al vieţii sexuale: o comunicare în plan fizic şi psihic

între doi oameni care doresc să devină o singură ființă.
Din cele arătate mai sus, rezultă că majoritatea dificultăților sexuale psihogene au la bază anxietatea.
Subiectul care dorește să se elibereze de anxietate și stări cu caracter fobic, trebuie să cunoască natura reală a temerilor sale și apoi să încerce să le modifice.

Exploatarea și cunoașterea propriului corp

Pentru femei: Căutați să vă cunoașteți corpul. Pentru aceasta priviți-vă goală în oglindă și observați ce anume vă place și ce nu la dumneavoastră. Examinați cu atenție, tot în oglindă, zonele genitale și observați cum vă simțiți: mândră, rușinată, vinovată sau speriată?
Pentru bărbați: Încercați să deveniți narcisic. Admirați-vă gol în oglindă, încordând și relaxând mușchii asemenea unui atlet. Observați ce vă place și ce nu la propria persoană. Atingeți zonele genitale și observați ce anume simțiți. Dacă atingerea unei anumite părți a corpului vă produce anxietate, căutați s-o atingeți mai mult până când anxietatea va fi înlocuită cu o senzație de plăcere.
Achiziționarea comunicării deschise în sfera vieții sexuale. Relațiile sexuale normale se bazează pe o comunicare sinceră și deschisă între cei doi parteneri, pentru că împărtășirea sentimentelor conduce la o mai bună înțelegere și la o intimitate sporită între cei doi parteneri. De asemenea, discutarea nemulțumirilor și insatisfacțiilor poate contribui la eforturile ambilor parteneri de a le soluționa.

Chiar și simplul fapt de a discuta cu privire la o problemă contribuie la reducerea anxietății în legătură cu aceasta. Programul de învățare a subiectului să comunice liber cu privire la sex implică:

a) Realizarea unor lecturi pe teme de educație sexuală și discutarea acestora împreună cu partenerul;

b) trecerea de la discutarea unor probleme cu caracter general, la discutarea propriilor nevoi, dorințe și probleme din domeniul vieții sexuale.

Pentru subiecții care au dificultăți să discute despre acest gen de subiecte, Fensternheim și Jean Baer 1977 recomandă ca auxiliar, testul completării de fraze, pe care trebuie să-l realizeze ambii parteneri și apoi să discute pe marginea acestuia. Prezentăm mai jos un model al respectivului test:

- În timpul actului sexual îmi place cel mai mult ......
- Partea corpului meu unde simt cea mai mare plăcere este ......
- Partea corpului tău care mi se pare cea mai „sexy" este ......
- Îmi place cel mai mult când eu ......
- Imaginea mea favorită legată de viața sexuală este ......
- În timpul jocului erotic preliminar doresc ......
- În timpul actului sexual propriu-zis aș dori ......
- Mă tem să-ți spun că ......
- Aș dori ca tu să ...... etc.

3. Reducerea anxietăților legate de activitatea sexuală, care se poate realiza prin intermediul următoarelor tehnici:

a) Tehnica imaginației dirijate, menită să amplifice fanteziile cu caracter erotic.

Fanteziile erotice contribuie la accentuarea excitației și satisfacției subiecților, fapt ce contribuie în mod indirect la reducerea anxietății. Subiectului cu probleme i se cere să elaboreze o imagine sau un film mental cu conținut erotic și să constate nivelul de excitație pe care îl produce acesta. Apoi i se cere, să repete la nivel de antrenament mental (în stare de relaxare) scenariul respectiv și să caute să amplifice în mod deliberat gradul de excitație.

Fanteziile erotice pot fi simple (de pildă, retrăirea situației când subiectul a sărutat pentru prima oară o fată) sau complexe (își poate imagina că face dragoste cu un actor recunoscut).

b) Trasarea unor sarcini comportamentale simple care se referă la viața sexuală.

Subiectului i se cere să realizeze acele lucruri pe care înainte avea tendința să le evite, începând cu ceea ce i se pare mai ușor de realizat. Terapeutul indică pacientului să se concentreze asupra a ceea ce face, nu asupra a ceea ce simte. Iată câteva exemple de astfel de sarcini:

- Faceți dragoste la alte ore și în alte locuri decât cele obișnuite (în sufragerie, în baie, în timpul zilei etc.);
- Experimentați și alte poziții în timpul actului sexual;

• Creați scenarii legate de activitatea sexuală în așa fel încât să maximalizați plăcerea și să reduceți anxietatea.
Astfel, pentru subiecții care se tem să experimenteze comportamente sexuale neobișnuite, se poate recomanda, de pildă, să joace rolul unui amant celebru pe care l-au văzut într-un film și să facă ceea ce ar fi făcut în situația respectivă personajul ales drept model.
c) Tehnica desensibilizării sistematice.
Terapeutul indică subiectului să elaboreze o listă ierarhică cuprinzând acele lucruri sau situații care le provoacă anxietate, începând cu cel mai anxiogen.
Pacientul trebuie să-și imagineze situația respectivă (cea mai puțin anxiogenă la început) și apoi să se relaxeze până când anxietatea dispare complet și apoi să treacă la stimulul următor.
Iată un model de ierarhie de stimuli anxiogeni pentru un bărbat cu teamă de a fi inadecvat în plan sexual (după Arnold Lazarus, 1976):

- sărut
- mângâieri, subiecții fiind îmbrăcați;
- partenerii sunt dezbrăcați;
- joc erotic (parteneri dezbrăcați);
- poziție specifică actului sexual;
- penetrare;
- act sexual propriu-zis;
- schimbarea poziției în timpul actului sexual.

Subliniem faptul că ierarhia respectivă trebuie să aibă un caracter individualizat, fiind specifică problemelor fiecărui pacient în parte,

Prezentare de caz: Nely și Radu s-au prezentat la cabinetul de psihoterapie pentru probleme sexuale. Nely se plângea de faptul că Radu nu este interesat de viața sexuală. Dacă ea nu-l provoca, uneori chiar agresiv, între ei nu se petrecea nimic. În cazul în care ei îi dispărea interesul în timpul actului sexual, Radu nu făcea nici un efort să continue. Anamneza și psihodiagnosticul proiectiv au pus în evidență faptul că Radu era interesat de viața sexuală, dar în același timp terorizat de teama că ar putea fi respins. El se temea de faptul că dacă el ar avea vreo inițiativă și Nely l-ar respinge, s-ar petrece o catastrofă inimaginabilă. Această teamă de a nu fi refuzat se ascundea în spatele lipsei sale de inițiativă sexuală.

Pentru a destructura modelul comportamental de evitare al bărbatului, terapeutul a propus tehnica desensibilizării în plan comportamental, sub forma unui joc de rol. În următoarele săptămâni, Radu trebuia să-i ceară lui Nely să facă o serie de lucruri personale pentru el (să-i facă masaj, să-l sărute, să-i taie unghiile etc.) iar ea trebuia să refuze.

Soțul trebuia să se străduiască s-o convingă. În cazul în care el reușea să fie suficient de convingător, Nely trebuia să cedeze și să facă ceea ce îi cerea el. De fiecare dată când Radu reușea s-o convingă pe Nely să facă un anumit lucru pentru el, el primea 5 puncte, iar de fiecare dată când ea nu se lăsa convinsă, el pierdea 5 puncte. Obiectivul jocului era ca Radu să obțină 100 de puncte, iar când acest obiectiv era atins, cei doi soți trebuiau să

plece într-o excursie la pescuit. (Radu era pescar amator). La sfârșitul primei săptămâni, Radu a obținut –15 puncte. Pentru a-l încuraja, Nely a adus acasă broșuri în legătură cu pescuitul și vederi din locurile cele mai frumoase unde se putea pescui. În următoarea săptămână, Radu a obținut scorul de +5 și foarte repede s-a ridicat la +50 de puncte și cei doi au cumpărat biletele de tren pentru a pleca la pescuit.

În timpul micii vacanțe, lui Radu nu i-a mai apărut de fel ideea că Nely l-ar putea refuza și de atunci relațiile intime dintre cei doi s-au corectat.

Cu toate acestea, uneori, acele lucruri de care se teme subiectul se pot întâmpla sau s-au întâmplat deja. Astfel, acesta poate avea o disfuncție sexuală reală sau poate manifesta un comportament deviant pe care nu și-l dorește.

Foarte multe din aceste tulburări sunt cauzate de teamă sau sunt menținute de aceasta. Așa cum am mai subliniat, la bărbați, disfuncțiile cele mai frecvent întâlnite sunt impotența și ejacularea precoce, iar la femei, frigiditatea și vaginismul (în acest ultim caz, anxietatea produce o contractură a musculaturii vaginale care face actul sexual dureros sau chiar imposibil). Aceste tulburări sunt relativ ușor de rezolvat, cu condiția ca ele să reprezinte probleme sexuale primare și nu probleme generate de o proastă relație de cuplu sau de temeri care nu au legătură directă cu viața sexuală.

Comportamente sexuale deviante. Acestea reprezintă tipuri de comportamente erotice scăpate de sub control, care se manifestă sub forma unor impulsuri foarte puternice, bazate pe un nivel foarte ridicat de autoexcitație și urmate adesea de sentimente de culpabilitate și autodevalorizare.

Unele din aceste comportamente sunt inacceptabile și considerate antisociale, ele având loc între subiect și victimă și nu se desfășoară în mod liber consimțit între parteneri adulți. În această categorie se includ, printre altele, pedofilia și exhibiționismul.

Obiectivul psihoterapiei în astfel de situații este stoparea comportamentelor respective. Celelalte comportamente sexuale deviante au loc, așa cum am subliniat mai sus, între adulți, sunt liber consimțite, problema constând în caracterul neobișnuit al actului sexual, care produce tensiune în cadrul cuplului și sentimente de culpabilitate la subiectul în cauză. În acest caz, obiectivul psihoterapiei este menit să-l ajute pe pacient să câștige autocontrolul asupra acestor comportamente, astfel încât ele să capete un caracter voluntar și nu impulsiv, devenind o parte a activității sexuale obișnuite, fără să mai contribuie la alterarea relației din cadrul cuplului.

Adesea, anxietatea este cea care generează sau menține comportamentul deviant. Situația în care teama generează respectivul comportament sexual deviant, se caracterizează, de regulă prin prezența unor anxietăți de natură psihosocială (cum ar fi teama de critică sau teama de a fi respins). Aceste temeri ating o

amplitudine foarte mare și subiectul simte nevoia să întreprindă ceva pentru a se elibera de ele. El a învățat, probabil în mod întâmplător, că un act sexual deviant îl poate ușura și îl declanșează automat. Aici problema care se pune este stoparea anxietății declanșatoare și aceasta va avea drept consecință și oprirea activității sexuale nedorite.
Prezentare de caz (după Fensterheim și Jean Baer, 1977): Sam a fost arestat de mai multe ori pentru că, poștaș fiind, avea obiceiul să se uite în diverse apartamente pe gaura cheii pentru a vedea femei dezbrăcate. Atunci când reușea să vadă o astfel de femeie, se excita puternic și se masturba. Aceste episoade erau declanșate de teama de deprivare. Crescut într-o familie săracă, Sam s-a temut toată viața că nu avea suficientă mâncare, haine corespunzătoare și mai târziu că nu va avea mașină. Această teamă l-a determinat să fure de mai multe ori în adolescență. La vârsta adultă a strâns suficienți bani pentru a-și cumpăra o mașină. La vârsta de 35 de ani, căsătorit de 12 ani și tată a trei copii, Sam s-a simțit din nou deprivat, pentru că nu avea libertatea să întrețină relații extraconjugale. El era, de altfel, un soț credincios și nu-și dorea cu adevărat o relație extraconjugală, dar povestirile pe care le auzea de la alți bărbați, au condus la reacutizarea sentimentului de deprivare, care a declanșat această conduită.
Terapeutul a utilizat schema anterioară de comportament a subiectului, conform căreia comportamentul de furt a dispărut spontan în

momentul în care acesta și-a cumpărat mașină.

Tehnica utilizată a fost cea a desensibilizării sistematice în plan imaginativ: pacientul, în stare de relaxare a fost solicitat să-și imagineze scene în care diverși bărbați își relatau aventurile și apoi scene în care el întreținea relații sexuale extraconjugale. Terapeutul s-a bazat pe supoziția că dacă pacientul se va simți liber să aibă relații sexuale cu alte femei, sentimentul de deprivare se va stinge. În plan real, subiectul a avut o scurtă aventură, după care a decis că dorește să fie monogam și comportamentul deviant a dispărut.

Teama care îl împiedică pe subiect să se elibereze de comportamentul nedorit este, de regulă, de natură sexuală. Comportamentul deviant ajută subiectul să evite aspectele anxiogene ale unei relații sexuale normale.

PSIHOTERAPIA PENTRU PERSOANELE CU TEAMĂ DE A SE ANGAJA ÎN RELAȚII APROPIATE CU CEILALȚI

Majoritatea oamenilor, cu excepția schizofrenicilor și psihopaților schizoizi, caută apropierea față de alte persoane; în absența acestora ei se simt niște ființe incomplete și nerealizate.

Cu toate acestea, există subiecți, care deși doresc sincer să intre în relații calde cu ceilalți, nu reușesc acest lucru datorită anxietății exagerate.

O relație apropiată presupune înțelegerea celuilalt precum și faptul că acesta din urmă ne înțelege pe noi, împărtășirea unor sentimente, gânduri, preocupări, cu alte cuvinte o relație cu o puternică componentă empatică. Față de o persoană cu care am realizat relații apropiate nu avem nevoie să ne ascundem în dosul unor măști, putând să ne comportăm firesc, spontan, să fim noi înșine.

Relații bazate pe o apropiere limitată

1. *Apropiere limitată situațional.* Acest tip de relație se bazează pe trăirea unei experiențe comune. Poate cel mai sugestiv exemplu de astfel de apropiere o constituie relația dintre camarazii din armată. Relații asemănătoare pot avea loc și între colegii de birou, când aceștia ajung să-și facă unele confidențe, dar,

de regulă, aceste relaţii îşi menţin un anumit caracter periferic.

2. *Apropiere limitată în timp.* Acest gen de relaţie apare frecvent între amanţi, mai ales când unul dintre ei este căsătorit, dar şi între prieteni. Timpul petrecut împreună cu partenerul este plăcut şi gratificant, dar relaţia nu este totuşi de importanţă majoră pentru subiectul în cauză. Acelaşi tip de relaţie poate să apară între pacient şi terapeut, în anumite tipuri de psihoterapie.

3. *Apropierea limitată psihologic.* În aceste situaţii, indivizii interacţionează numai cu anumite părţi ale personalităţii lor, de pildă, comunică doar pe plan intelectual.

4. *Pseudo-apropierea.* Există oameni care caută apropierea, simt nevoia acesteia, dar datorită inhibiţiilor şi anxietăţii nu pot ajunge la aceasta. Cu toate acestea, aceşti subiecţi se autoînşeală, considerând că au ajuns la astfel de relaţii, deşi contactele lor cu ceilalţi sunt formale şi superficiale.

Relaţiile bazate pe o apropiere reală şi autentică

Acest tip de relaţii nu implică limitări dictate de timp sau de situaţii şi implică o comunicare autentică, ce cuprinde atât aspecte banale, cât şi împărtăşirea unor sentimente profunde. Interacţiunile au loc la toate nivelele sistemului personalităţii, iar obiectivul acestei relaţii este o fuziune de tip empatic cu celălalt. Relaţiile de apropiere autentică au la bază următoarele aspecte:

a) *Dragostea* care reprezintă baza acestui tip de relaţie.

Aceasta presupune în primul rând să-l iubim pe partenerul nostru și apoi să fim iubiți de acesta.

b) *Respectul* care implică acceptarea individualității și demnității partenerului nostru. Aceasta nu înseamnă că trebuie să fii necondiționat de acord cu tot ce gândește, spune, face sau simte partenerul de viață. Nu trebuie să-i tolerăm greșelile și slăbiciunile, în schimb trebuie să-i apreciem meritele și calitățile. Într-o relație de intimitate reală trebuie să ajutăm evoluția partenerului nostru și să-i respectăm drepturile și libertățile.

c) *Încrederea reciprocă*

Partenerul poate să nu fie de acord cu noi, poate chiar să se certe cu noi, dar în spatele acestor lucruri se simte o încredere profundă, în sensul că acesta e acceptat în totalitate ca persoană.

d) *Acceptarea responsabilității*

Într-o relație cu adevărat apropiată, subiectul își asumă anumite obligații, precum și riscul de a nu mai fi în totalitate liber. De dragul menținerii relației, aceste limitări sunt acceptate voluntar.

Așa cum am mai subliniat, majoritatea oamenilor doresc să realizeze astfel de relații, dar din păcate mulți dintre ei se structurează în așa fel pe parcursul vieții încât ajung să se teamă să se deschidă psihologic față de alte persoane. Teama poate conduce la inhibarea sentimentelor de dragoste, respect și încredere reciprocă. Iată, de pildă, Alexandru, un arhitect deosebit de talentat, în jur de 37 de ani, a fost crescut de părinți, într-o atmosferă

deosebit de severă și restrictivă. El a crescut cu o teamă teribilă de a accepta limitările impuse de către o altă persoană. Pe măsură ce a înaintat în vârstă, Alexandru a manifestat tot mai mult tendința de a se revolta sau de a evita tot ceea ce îi era impus de către altcineva. Deși elev și student strălucit, el întârzia mereu să-și prezinte lucrările și proiectele și intra în conflict cu profesorii. În timpul stagiaturii el întârzia frecvent la serviciu, pleca mai devreme sau refuza să execute ceea ce i se cerea. După un timp, Alexandru și-a deschis o firmă și deoarece nu mai avea nici un șef, a progresat profesional în mod incredibil. Cu toate acestea, viața lui personală nu a evoluat prea strălucit. Nu s-a căsătorit pentru a nu fi obligat să respecte anumite reguli impuse de altcineva, iar relațiile cu femeile erau superficiale și sporadice, în ciuda aspectului său fizic foarte atrăgător.
Anxietatea îl poate determina pe subiect să se teamă să realizeze acele acțiuni care au menirea de a declanșa și menține sentimentele de dragoste, încredere și respect. Cel mai frecvent teama îl împiedică pe subiect să comunice cu celălalt în mod liber și deschis, ceea ce blochează realizarea unei relații de intimitate. Mai mult, frica și încordarea unuia dintre parteneri se transmite și celuilalt, care răspunde, la rândul său, în mod tensionat și astfel relația se deteriorează gradat.
În astfel de situații, partenerii încep să se comporte în mod artificial:
- susțin că nutresc sentimente pe care nu le nutresc cu adevărat;

• pretind că îl iubesc pe celălalt, deşi nutresc sentimente de ostilitate faţă de acesta;
• se pretind calmi atunci când sunt nervoşi;
• discută în contradictoriu despre probleme neimportante, ignorând pe cele importante. În acest mod relaţia devine din ce în ce mai superficială şi neautentică până când se deteriorează total.

Foarte multe persoane care suferă de astfel de probleme nu realizează faptul că anxietatea este cauza fundamentală a acestora. Ei consideră că discută despre alte lucruri, fără a sesiza implicarea stării de teamă în generarea conflictelor pe care le declanşează. Astfel, Matei şi Nora au început să se certe violent după ce au avut invitaţi la masă. Nora a atacat în mod violent spunând: *„tu ai monopolizat întreaga discuţie şi ai spus numai prostii."* Femeia nu şi-a dat seama că în spatele afirmaţiilor ei agresive se ascundea teama că ceilalţi n-o să agreeze vorbăria lui Matei iar acest lucru îi va determina pe prieteni să nu-i mai viziteze. Această teamă a determinat-o pe Nora să facă de fapt acelaşi lucru şi anume să-l potopească pe soţul ei cu o ploaie de cuvinte aspre. La rândul său, Matei a vorbit prea mult în timpul petrecerii de teama de a nu fi ignorat.

Cei doi soţi care se certau erau ferm convinşi că discuţia se referea la bunele maniere, când de fapt problema o constituia teama care-i stăpânea pe cei doi.

Persoana stăpânită de teamă în domeniul relaţiilor interpersonale consideră de cele mai multe ori că partenerul său este vinovat de tot ceea ce se petrece sau dimpotrivă, se culpabilizează în exces. Aceste manifestări nu reprezintă altceva decât mecanisme de apărare împotriva anxietăţii şi reacţiilor de tip fobic. Tot datorită fricilor cu caracter patologic, subiectul nu face altceva decât să determine pe partenerul său să declanşeze exact acel comportament de care se teme. Astfel, un soţ devine anxios şi deprimat atunci când soţia *părăseşte terenul,* (pleacă în altă cameră sau pleacă de acasă).

Aceasta învaţă *foarte repede că atunci când ea doreşte* să-şi exprime nemulţumirea faţă de partenerul ei este indicat să părăsească încăperea. În felul acesta, soţul nu a făcut decât să-şi înveţe soţia cum să-l lovească mai eficient şi astfel anxietatea sa se accentuează. Acest fenomen declanşează reacţia anxioasă şi la parteneră, care începe să se teamă de faptul că nu are un soţ puternic, pe care să se poată baza.

Din dorinţa de a-şi masca sau minimaliza reacţia de teamă, adesea indivizii pun în acţiune comportamente de camuflare şi atitudini false ca în următorul exemplu: Soţia se plânge de faptul că soţul citeşte romane poliţiste pe parcursul întregului week-end. Ea se teme foarte tare să nu fie cumva exploatată, să nu se profite de ea. Teama ei iraţională o face să-şi sâcâie tot mai mult soţul, interzicându-i să citească romanele sale preferate. (Soţia are şi un motiv real să fie nemulţumită, dar teama ei patologică nu face decât să amplifice situaţia). Cu cât ea îi impune mai mult soţului ce anume să facă, cu atât acesta

se încăpățânează mai tare. În momentul în care soția acceptă să ignore hobby-ul soțului, acesta manifestă tendința de a renunța la el, măcar parțial.

În situația de mai sus indivizii reacționează conform propriilor conflicte interioare și anxietății și nu în acord cu cerințele situației reale și în acest mod comunicarea bazată pe afecțiune, respect și încredere este blocată.

Stiluri de viață bazate pe reacții de tip fobic (după Fensternheim și Jean Baer, 1977).

Ca o consecință a anxietății și reacțiilor fobice care le guvernează conduita, oamenii pot adopta mai multe stiluri de comportament:

1. *Martirul*. Acest model se bazează pe o puternică teamă de a fi respins, de a nu fi agreat sau de a fi obiectul ostilității partenerului. În aceste condiții nu se pot dezvolta sentimente de încredere reciprocă. Subiectul nu ține seama de propriile sale nevoi și dorințe și face permanent ceea ce crede că dorește partenerul de la el. El nu admite că ar putea avea dreptate și că celălalt ar putea greși, ajungând să se mintă pe sine. Rezultatul este acumularea unor resentimente mascate.

2. *Partenerul dur*. Subiectul este îngrozit de orice exprimare a unor sentimente de tandrețe sau afecțiune. Nu numai că este incapabil să le exprime, dar nici nu suportă să le primească din partea celuilalt.

Dacă partenerul său manifestă afecțiune față de el, acesta schimbă imediat subiectul. Teama care se ascunde în spatele acestui tip de comportament ar putea suna cam așa: *dacă voi scoate la iveală sentimente de dragoste sau tandrețe, voi fi vulnerabil și voi fi ușor lovit*. Acest tip de comportament poate avea două consecințe: subiectul devine rece și detașat și în al doilea rând, el trezește suspiciuni la partenerul său care se întreabă mereu dacă acesta ține într-adevăr la el. Există și situația inversă, care se manifestă însă ceva mai puțin frecvent. Individul se teme să-și exprime tandrețea față de partener de teama de a nu-l răni pe acesta. Astfel, un pacient spunea la un moment dat terapeutului său: *„Desigur că aș putea să-i spun că o iubesc, dar în acest caz ea va considera că dragostea mea este pentru toată viața și de unde să știu eu dacă o voi mai iubi la fel peste 10 ani și atunci ea va suferi."*

Bărbatul nu i-a mărturisit niciodată partenerei dragostea sa și rezultatul a fost că ea s-a simțit cu adevărat lovită. Acest individ nu a manifestat respect pentru partenera sa, neacordându-i dreptul de a decide dacă este sau nu dispusă să riște de a fi lovită mai târziu de dragul unei relații apropiate în prezent.

3. *Gelosul*. Acesta nu-i permite partenerului său să desfășoare acțiuni independente pentru că este terorizat de ideea că acesta ar putea întâlni o altă persoană care l-ar determina să-l părăsească. Pentru a preîntâmpina o astfe de situație, acesta aranjează lucrurile astfel încât toate acțiunile să fie realizate în comun.

Astfel, o pacientă s-a prezentat la psihoterapie pentru dispoziție depresivă, scăderea

randamentului profesional, anxietate și insomnii. Ea i-a spus terapeutului că nu înțelege ce anume se petrece cu ea deoarece are o căsnicie model. La o analiză mai atentă, lucrurile nu stăteau chiar așa. Cei doi au fost colegi de grupă și s-au căsătorit încă din facultate. După nașterea copilului, soția a rămas un timp acasă. Când copilul a mai crescut, ea a simțit nevoia să-și umple timpul cu ceva și s-a înscris la un curs de limba engleză. Soțul s-a înscris și el la cursul respectiv. Mai târziu ea s-a înscris la un curs de calculatoare, ceea ce a făcut și soțul. La un moment dat soția a dorit să intre în serviciu și bineînțeles soțul i-a aranjat un post la firma pe care o conducea. Rezultatul a fost că soția a început să simtă că este sufocată, personalitatea ei știrbită și a dezvoltat o simptomatologie de tip nevrotic. La interviul cu terapeutul, soțul a spus: *„Elvira este cea mai extraordinară femeie din lume și sunt sigur că nu o merit."* În spatele acestei afirmații se ascundea teama soțului că partenera sa va întâlni la un moment dat pe altcineva și îl va părăsi. În mod inconștient el nu făcea altceva decât să-i minimalizeze șansele de a întâlni un alt bărbat.

4. *Partenerul jandarm.* Acesta este dominat de teama de a nu fi criticat, ori cineva nu este criticat doar atunci când face totul perfect. Din acest motiv, subiectul se străjuiește să facă lucrurile cât mai bine și în același timp îi ordonă și partenerului același lucru. Ceea ce trebuie făcut trece pe primul plan și individul ca și cuplul devine victimă a lui *trebuie. (Nu putem ieși la plimbare pentru că* trebuie să

facem curățenie; nu putem sta împreună pentru că trebuie să mergem la spital la mătușa bolnavă, etc.)
Este evident că într-o astfel de relație orice element de satisfacție este absent.
5. *Contabilul.* Acest individ este dominat de teama că ar putea fi exploatat, că se profită de pe urma lui. Acesta minimalizează tot ce face partenerul și exagerează ceea ce face el. Atunci când celălalt îi trasează o sarcină, el devine morocănos și certăreț. El are permanent impresia că i se cere să facă mai mult decât ar fi necesar și ține o evidență strictă referitoare la ce face el și la ceea ce face pentru familie partenerul său.
6. *Copilul mare.* Teama care domină acest tip de persoană este fie teama de separare, fie teama că ar putea să-și necăjească părinții și acestea reprezintă unele din temerile cel mai frecvent întâlnite. Deși căsătorit de mulți ani, subiectul este încă dependent de mama sau tata care știu mai bine ce trebuie făcut și care sunt informați zilnic în legătură cu viața cuplului. Datorită faptului că individul nu a tăiat cordonul ombilical, relația de cuplu este afectată.
7. *Strângătorul.* Acesta este dominat de teama patologică de a cheltui bani, de sărăcie, de a cheltui bani care nu-i aparțin sau de a-i cheltui într-un mod cu care nu este de acord. Această teamă irațională poate declanșa tensiuni nejustificate între parteneri, precum și exigențe absurde impuse partenerului.
Există și situația inversă, când teama patologică de sărăcie îl poate determina pe subiect să cheltuiască banii în mod absurd, ceea ce,

de asemenea, generează conflicte la nivelul cuplului.

În cadrul unei relații apropiate de cuplu, una din limitările care trebuie acceptate este faptul că decizia cu privire la modul in care se cheltuiesc banii trebuie să fie comună. Acest lucru conduce la discuții și negocieri care trebuie să conducă, inevitabil la relații deschise și apropiate.

8. *Claustrofobicul.* Teama care domină acest individ este teama că va fi prins în capcană. În spatele acestei frici pot sta și alte tipuri de teamă cum ar fi teama de a sta pe propriile picioare, teama de singurătate, teama că nu se va descurca singur, etc. Toate acestea îl fac pe subiect să trăiască tensional sentimentul că nu va putea rupe o relație atunci când va dori s-o facă. Interesant este faptul că dacă subiectul reușește să se elibereze de această teamă, în mod paradoxal, relația nu se deteriorează, ci se ameliorează.

Anxietatea, fricile și fobiile pot influența evoluția unei relații apropiate. Acest lucru este valabil și pentru fobiile cu caracter foarte concret (de pildă, fobia de câini poate produce tensiuni în familie, în cazul în care unul din parteneri are pasiune pentru aceste animale, iar celălalt fobie).

Autorii mai sus menționați insistă mai ales asupra următoarelor tipuri de fobii sociale care afectează relațiile interpersonale;

1. *Teama de a fi abandonat.* Subiectul consideră că dacă ar fi cumva părăsit de partenerul său s-ar produce o catastrofă. El se simte incapabil să facă față cerințelor lumii

exterioare pe care o consideră ostilă, punând în acțiune o atitudine imatură față de viață. Gândurile care îi trec frecvent prin minte unei astfel de persoane sunt de tipul: *„dacă o să-l fac fericit, el nu va părăsi o persoană lipsită de apărare ca mine."*

Teama de abandon declanșează gelozii nefondate și accentuează geloziile care ar putea avea un temei real. Pentru a nu fi abandonat, subiectul suportă absolut orice tip de relație, indiferent cât de mare ar fi costul acesteia. La un moment dat relația poate deveni atât de intolerabilă, încât subiectul în cauză este cel care o rupe, deoarece pentru el a rupe relația devine o situație mai puțin anxiogenă decât a fi părăsit de celălalt.

Există și situații în care, tot datorită fricii că partenerul l-ar putea părăsi murind, pacientul consideră orice semn de boală fizică a acestuia ca fiind o amenințare deosebit de puternică, fapt care contribuie la supradimensionarea unor simptome minore. Astfel, un bărbat de 37 de ani s-a prezentat la medic pentru dureri ușoare în zona coloanei vertebrale, senzație de oboseală și lipsă de energie. Controalele medicale nu au evidențiat nimic patologic. Pacientul în cauză a consultat mai mulți medici, rezultatul fiind același. În cele din urmă, acesta a fost trimis la un cabinet de psihoterapie. În urma interviului clinic a rezultat că problema era de fapt a soției sale Marcela. Acesteia i-a decedat mama când avea 10 ani și acest lucru a afectat-o atât de mult încât a fost nevoită să întrerupă școala. Pe tot parcursul școlii generale și liceului ea a fost în

evidența unui cabinet de neuropsihiatrie infantilă pentru tulburări nevrotice. Marcela s-a căsătorit imediat după terminarea liceului și l-a scurt timp i-a murit și tatăl, situație în care ea a făcut o tulburare depresivă care a necesitat spitalizarea.
În momentul de față, Marcela era terorizată de ideea că soțul ei va muri și ea va rămâne singură. Din acest motiv, ea amplifica orice simptom cât de mic al soțului, trimițându-l la pat și acordându-i tot felul de îngrijiri. Soțul a acceptat grija și atenția soției sale care nu a făcut alteva decât să-l antreneze pentru rolul de bolnav.
În acest caz, terapeutul a fost nevoit să înceapă psihoterapia cu soția, care a fost supusă unui program de desensibilizare sistematică în plan imaginativ. Ea a fost învățată să se relaxeze după ce evoca mental gânduri și imagini terifiante. *„Medicul a spus că Ion trebuie să se interneze în spital". „I s-a descoperit o boală gravă și va muri". „Ion a murit și sunt singură acasă"* etc.
Pentru a rezolva problema soțului, terapeutul a folosit un demers, combinat cu elemente de psihoterapie strategică. I s-a indicat drept sarcină pentru acasă să realizeze în fiecare wee-kend un progam activ care să cuprindă mult exercițiu fizic și să execute acest program indiferent dacă avea sau nu chef. În același timp, i s-a indicat să respecte următoarea regulă: să nu discute cu soția despre starea sa de sănătate decât atunci când avea temperatura de cel puțin 38°C, cu excepția a 5 minute în fiecare seară, când el trebuia să

adreseze soţiei plângeri imaginare în legătură cu starea sa fizică. Soţia trebuia să asculte aceste plângeri, şi să rămână relaxată. În cazul în care soţul încălca regula şi vorbea despre starea sănătăţii sale în altă perioadă a zilei, Marcela era instruită să-l ignore. În felul acesta, terapeutul a desensibilizat-o pe soţie de frica ei patologică legată de faptul că soţul va muri, şi a destructurat deprinderea soţului de a se comporta ca un bolnav.

2. *Teama (fobia) de schimbare.* Există persoane care se tem teribil să introducă lucruri noi sau să modifice ceva din modul în care fac anumite lucruri (se tem să-şi schimbe locuinţa, deşi au ocazia să găsească alta mai confortabilă şi cu chirie mai mică, refuză sub diferite pretexte să schimbe serviciul, merg ani la rând în concediu în acelaşi loc, nu îşi fac sub nici un motiv prieteni noi, etc.). Acest gen de teamă are o influenţă negativă asupra relaţiei de cuplu, deoarece conduce la rigidizarea acesteia şi la monotonie. Pentru a fi viabilă, o relaţie de cuplu trebuie să fie dinamică, activă, permiţând evoluţia şi maturizarea celor doi parteneri.

3. *Teama de propria slăbiciune.* Persoanele care suferă de acest tip de tulburare, consideră toate fricile, îndoielile şi anxietăţile sale ca fiind semne de slăbiciune şi se tem să le exprime deschis. Aceşti subiecţi se tem şi de faptul că ar putea comite vreo greşeală, sau de faptul că nu „stau pe propriile lor picioare". Din acest motiv ei nu acceptă nici un fel de compromisuri şi au expectaţii exagerate faţă de partenerii lor.

Casandra, medic cardiolog de 35 ani, a fost crescută de o bunică nemţoaică, care i-a inoculat de timpuriu ideea că în familia ei de origine nu se discuta niciodată despre trăiri sau sentimente şi toată lumea ştia foarte precis ce este rău şi ce este bine. Dacă cineva greşea, acesta era un semn că era un om slab. După terminarea facultăţii ea s-a căsătorit, tot cu un medic, fost coleg de facultate care afişa o aparenţă de calm şi nu discuta niciodată despre problemele sale. Casandra a avut impresia că acesta este un om puternic pe care te poţi baza, fără să observe că acesta avea accentuate trăsături nevrotice şi că problema lui era incapacitatea de comunicare şi de autodezvăluire. Totul a mers relativ bine, până când soţul, în urma unor neînţelegeri la serviciu a făcut o decompensare nevrotică şi a fost spitalizat într-o secţie de psihiatrie. După încheierea spitalizării i s-a recomandat psihoterapie. După câteva şedinţe de psihoterapie însă, soţul a început să devină mai comunicativ şi mai deschis, manifestând tendinţa de a discuta despre sentimentele şi problemele sale, fapt ce a declanşat la soţia sa o reacţie extrem de violentă. Ea a început să-i spună soţului tot felul de istorii despre efectele negative ale psihoterapiei, reproşându-i în acelaşi timp faptul că aruncă banii degeaba. La scurt timp soţia a declanşat la rândul ei o criză depresivă care a necesitat intervenţie de specialitate.

4. *Teama de a nu fi pe deplin înţeles.* Subiecţii cu această problemă se tem de faptul că nu vor putea realiza o relaţie de

empatie cu partenerul și că vor rămâne toată viața singuri și neînțeleși. Ei se tem, de asemenea, să-și etaleze sentimentele și trăirile profunde pentru că le este foarte greu să suporte ideea că celălalt nu ar înțelege ce anume se petrece cu ei, iar în absența autodezvăluirii relația bazată pe înțelegere reciprocă pe care și-o dovedesc atât de mult nu se poate produce.

Unele persoane din această categorie încearcă să-și testeze partenerul, trimițându-i mesaje codificate pe care acesta, bineînțeles că nu le recepționează, fapt ce le amplifică anxietatea. Astfel soția se plânge că o doare capul dorind de fapt să spună că este supărată deoarece a avut necazuri la serviciu. Soțul preia mesajul „ad-literam" și îi oferă o aspirină. Ea se simte teribil de deprimată că el nu a sesizat problemele ei, pe care le-a abordat în treacăt, spunându-și în gând: „el nu mă va înțelege niciodată cu adevărat".

5. *Teama de a se căsători.* Acest gen de teamă reprezintă o combinație de elemente care au la bază atât fapte reale, cât și amplificări de tip imaginativ. Atâta timp cât acest gen de temeri sunt înțelese clar și abordate frontal, el nu capătă un caracter patologic. Psihoterapia cognitiv-comportamentală consideră că interacțiunile din cadrul cuplurilor care nu se înțeleg s-ar putea afla sub influența controlului aversiv, adică aceste interacțiuni sunt controlate prin intermediul sancțiunilor sau prin intermediul amenințărilor cu privire la consecințe negative posibile.

Intervenţia terapeutică are menirea să deplaseze accentul de la controlul aversiv la cel pozitiv, soţii comportându-se în aşa fel încât să-şi dea satisfacţie unul altuia.

Teoria învăţării sociale a lui Bandura (1977) a contribuit la o mai bună înţelegere a proceselor cognitiv-perceptive care au importanţă în cadrul lucrului cu cuplurile aflate în conflict. Clinicianul trebuie să evidenţieze şi *atribuirile* pe care soţii le realizează în raport cu propriul comportament şi cu cel al partenerului.

Atribuirile reprezintă credinţele pe care le au soţii în legătură cu cauzele comportamentelor. Terapeutul trebuie să evidenţieze şi modul în care fiecare soţ interpretează impactul propriului comportament sau al comportamentului partenerului său.

Un terapeut abil trebuie să-şi focalizeze intervenţia pentru a modifica stilurile atribuţional şi cognitiv ale pacienţilor săi.

Cuplurile sau indivizii solicită terapie maritală pentru o gamă largă de probleme, cum ar fi:

– certuri grave şi frecvente;
– probleme pe care nu le pot rezolva;
– nepotriviri sexuale;
– o insatisfacţie vagă şi nespecifică în ceea ce priveşte relaţia din cadrul cuplului;
– senzaţia că sunt prinşi într-un fel de „capcană".

Uneori o relaţie extraconjugală sau o schimbare majoră în viaţă, contribuie la decizia de a solicita terapia de familie.

Cauzele conflictelor maritale în viziunea cognitiv-comportamentală

Cuplurile care nu se înțeleg au puține interacțiuni pozitive care oferă satisfacții și multe interacțiuni negative caracterizate prin supărare, blamare și pedepsire.

Interacțiunile din cadrul cuplurilor care nu se înțeleg se caracterizează frecvent prin *comportamente negative reciproce*, dacă un partener acționează negativ, partenerul este înclinat să-i răspundă în același mod și se produce un lanț de interacțiuni negative.

Componentele conflictului reprezintă expectațiile negative ale unui soț față de celălalt, precum și comportamentele negative reciproce (escaladarea criticii).

Cuplurile perturbate sunt excesiv de receptive la evenimentele pozitive sau negative care se produc în cadrul cuplului, fluctuația acestor evenimente având o influență puternică asupra modului în care cuplul evaluează relația la un moment dat. Cuplurile care se înțeleg sunt mai puțin afectate de variații ale relațiilor de la moment la moment. Această reactivitate crescută crește șansele neînțelegerilor și a comunicării slabe (ex. unul dintre soți se așteaptă să fie criticat și reacționează agresiv, chiar la o întrebare neutră referitoare la faptul dacă a îndeplinit sau nu o îndatorire casnică). Pentru că soții s-au obișnuit să se simtă atacați, ei nici nu mai ascultă cu atenție ceea ce li se spune, în schimb pregătesc contraatacul.

O altă caracteristică a relațiilor conjugale per-

rezolva un conflict. Lipsa abilităților de a soluționa conflicte lasă un număr mare de astfel de conflicte nerezolvate în istoria cuplului, fapt ce contribuie la expectațiile negative cu privire la posibile conflicte viitoare, cât și la o mai slabă angajare constructivă în rezolvarea problemelor cuplului.

Întărirea procesului de destructurare (eroziune) a cuplului apare atunci când partenerii au pierdut satisfacția care a fost cândva prezentă în cadrul relației lor. Acest proces poate fi atribuit habituării: comportamentele care produceau cândva satisfacție și-au pierdut din importanță. Partenerii încetează să-și mai aprecieze eforturile reciproce, le consideră de la sine înțelese sau pot avea noi trebuințe pe care partenerii lor nu au învățat încă să le satisfacă. În același timp, unul sau ambii parteneri au încetat să facă acele mici lucruri plăcute, menite să întărească sentimentele calde dintre ei.

Toți factorii menționați mai sus pot fi integrați într-un model destructiv de comportament, care implică: neglijare, critică, certuri, expectații și convingeri negative cu privire la partener și la relația în sine.

Tehnicile psihoterapeutice

Terapia trebuie să debuteze cu reactualizarea unor sentimente calde, prin solicitarea partenerilor să-și facă unul altuia niște lucruri agreabile, pentru a obține o ușurare de moment în raport cu problemele curente și pentru a construi o bază pentru intervențiile viitoare.

turbate constă și din incapacitatea de a

îmbunătățirii comunicării, aceasta constituind o bază pentru demersul de rezolvare de probleme în comun. Apoi sunt abordate problemele sexuale și emoționale ale cuplului, iar ultimele ședințe de psihoterapie sunt dedicate prevenirii recăderilor și generalizării achizițiilor obținute în timpul terapiei.

Se utilizează frecvent în cursul terapiei de cuplu și tehnici de management al conflictelor.

Schimbările comportamentale angajează ambii parteneri în activități menite să crească satisfacția maritală reciprocă. Este vorba de un schimb de comportamente care să facă plăcere fiecărui partener. Acestea sunt comportamente simple, care nu necesită efort și care pot fi înglobate în rutine zilnice.

Schimbările comportamentale sunt desemnate să inducă modificări pozitive pe termen scurt, în modelele de comunicare timpurii, cât și în viața cotidiană, astfel încât să pună bazele lucrului asupra altor probleme de importanță majoră. Aceste schimburi comportamentale au și rolul de a contracara atenția selectivă pe care o acordă membrii cuplului interacțiunilor negative.

Schimburile comportamentale au loc mai mult în afara ședințelor de psihoterapie decât în timpul acestora. Motivele raționale care stau la baza acestor schimburi comportamentale sunt discutate cu membrii cuplului. Acestea sunt:

a) Realizarea unui control asupra fericirii conjugale, mai curând decât să se lase lucrurile la întâmplare sau ca un partener să aștepte ca

Urmează acordarea unei atenții speciale

b) Învățarea partenerilor să identifice acele comportamente care fac diferența dintre o zi bună și una proastă și care conduc la sentimente pozitive în cadrul relației.
c) Conștientizarea faptului că menținerea unui mariaj bun necesită o rutină zilnică. Fiecărui membru al cuplului i se adresează întrebări de genul următor: *„Ce ai făcut pentru a spori satisfacția partenerului tău în ceea ce privește relația voastră?"* și este ajutat să identifice acele comportamente care vor avea efecte pozitive asupra partenerului (pot relua comportamente din perioada când făceau curte partenerului sau pot să-și imagineze ce ar trebui să facă în cazul în care scopul lor în viață ar fi să-i facă plăcere partenerului etc.). Dacă un cuplu are dificultăți în a identifica respective comportamente pozitive, terapeutul îl poate ajuta să realizeze acest lucru prin intermediul unor chestionare. Fiecare partener este solicitat să realizeze o listă care să cuprindă cât mai multe idei în legătură cu ce ar trebui să facă pentru a-și mulțumi partenerul.
Un cuplu s-a prezentat la psihoterapie deoarece soția se plângea de faptul că soțul lucrează prea mult, nu o ajută în gospodărie și nu-i dă suficientă atenție.
Deși soțul avea și el nemulțumiri, a fost realizată o listă preliminară în legătură cu ceea ce ar trebui el să facă pentru a spori satisfacția soției sale.
1. Să-i duc soției o ceașcă de cafea la pat înainte de a pleca la serviciu.

celălalt să se modifice.

4. Să o ajut la spălatul rufelor.
5. Să arunc gunoiul.
6. Să spăl maşina.
7. Să o întreb din când în când cum se simte.
8. Să fac cumpărăturile.
9. Să-mi cer scuze dacă sunt prea preocupat de munca mea.

Odată lista elaborată, li se trasează membrilor cuplului sarcina să realizeze pe rând unele din acele lucruri. În acelaşi timp, partenerii sunt atenţionaţi să acorde atenţie eforturilor pe care le face celălalt de a le fi pe plac, aceste eforturi trebuind să fie recunoscute şi recompensate.

Pentru că adesea schimburile comportamentale capătă un caracter automat, li se cere soţilor să spună care anume comportament ar dori ei să fie activat.

Adesea unul din parteneri este convins că a făcut tot ce este posibil pentru a-i face pe plac partenerului, şi aceasta pentru că primul ignoră nevoile şi preferinţele celuilalt. Această dificultate este corectată de terapeut prin încurajarea comunicării şi feed-back-urilor dintre parteneri.

În cadrul relaţiilor emoţionale perturbate, reacţiile emoţionale ale partenerilor depind de gândurile lor cu privire la comportamentul partenerilor, la semnificaţia pe care i-o atribuie, mai mult decât de comportamentul în sine.

Învăţarea pacientului să reinterpreteze comportamentul partenerului său reprezintă o intervenţie terapeutică puternică, ce poate fi

2. Să-i aduc un buchet de flori.
3. Să o invit la film.

pentru a surprinde modalitățile distorsionate de gândire ale pacienților săi. Acestora trebuie să li se explice faptul că și în cazul în care presupunerile lor cu privire la comportamentul partenerului sunt parțial adevărate, ei se vor simți mai bine dacă vor gândi altfel cu privire la respectivul comportament. Un exemplu de interpretare eronată a unui comportament este cel în care, în cadrul unui cuplu, soția interpreta faptul că soțul se juca cu copilul pe covor după ce venea de la serviciu ca pe un semn de lene.

Terapeutul a întrebat-o pe soție: *Cum ai putea interpreta și altfel comportamentul soțului tău, mod de interpretare care te-ar face să nu mai fii atât de furioasă?*

După ce a reflectat puțin soția a răspuns: „*În ciuda faptului că a lucrat mult la serviciu, el face eforturi să se joace cu copilul în loc să se relaxeze singur.*" În cadrul aceluiași exemplu, soțul credea că indiferent ce va face, soția tot leneș îl va considera, așa că a încetat să mai facă eforturi în casă.

La sugestia terapeutului ambii parteneri au decis să verifice propriile lor gânduri negative cu privire la comportamentul partenerului și să găsească explicații pozitive fiecare pentru comportamentul partenerului.

Desigur, nu întotdeauna atribuirile negative date comportamentului partenerului sunt incorecte. În astfel de cazuri, terapeutul trebuie să clarifice intenția care a stat la baza respecti-

aplicată în orice moment al terapiei. Terapeutul trebuie să fie permanent în gardă

Intențiile sunt explorate de terapeut prin intermediul dezvoltării unor deprinderi de comunicare, prin care subiectul poate ajunge să-și înțeleagă mai bine propriul comportament. Cu celălalt partener, terapeutul trebuie să exploreze impactul comportamentului partenerului la două nivele:

– identificarea gândurilor pe care le poate avea partenerul când se confruntă cu un comportament ambiguu (de exemplu, soțul nu-și sărută soția când vine de la serviciu. Ea poate presupune că el nu simte dorința de a o face);

– identificarea convingerilor care stau la baza gândurilor negative, disfuncționale (ea poate gândi: *lui nici nu-i pasă de mine*).

După explorarea gândurilor și semnificației lor terapeutul trebuie să ajute cuplul să strângă dovezi pentru a verifica validitatea atribuirilor sau gândurilor negative (sunt ele reale sau rodul unei gândiri distorsionate).

În cazul în care se constată că sunt rezultatul unei gândiri distorsionate, se explorează posibilitatea elaborării unor convingeri și gânduri alternative, mai raționale. Terapeutul cere fiecăruia dintre soți să-și monitorizeze în scris gândurile negative automate cu privire la partener și să găsească câte un răspuns rațional pentru fiecare dintre ele.

Dacă presupunerile negative sunt adevărate, atunci se indică modificări în sfera comporta-

vului comportament și impactul acestuia asupra celuilalt partener.

În cuplurile cu probleme se constată un deficit în ceea ce privește dezvoltarea deprinderilor de comunicare, atât a celor expresive, cât și a celor receptive. Problemele care apar frecvent sunt legate de lipsa de înțelegere, lipsa de atenție, insuficienta ascultare, escaladarea conflictelor și dificultăți în rezolvarea de probleme.

Deprinderi de comunicare expresivă se referă la faptul că vorbitorul își identifică gândurile, sentimentele și dorințele și le exprimă clar pentru celălalt (la persoana I-a, nu prin aluzii). (ex.: *„mă bucur când vii de la serviciu și mă întrebi cum m-am simțit azi"*).

Deprinderile receptive includ: ascultarea nonverbală, (contact vizual, aprobare prin semn cu capul) empatizare, parafrazare și alte expresii din care să rezulte faptul că subiectul îl ascultă și îl înțelege pe celălalt.

Înainte de a-i învăța pe parteneri deprinderile de comunicare verbală, terapeutul trebuie să definească clar rolul de vorbitor și de ascultător. La început acesta va lua parte activ la modelarea respectivelor deprinderi prin intermediul tehnicii role-playing-ului, treptat el reluându-și rolul de antrenor.

Rezolvarea de probleme reprezintă o componentă importantă a terapiei cognitiv-comportamentală mai ales atunci când se lucrează cu cupluri. Rezolvarea de probleme are 2 subcomponente:

a) Definirea problemei

mentului sau soluții de compromis. În aceste cazuri se recurge la metoda rezolvării de probleme.

celălalt soț în legătură cu problema respectivă. Urmează o descriere a problemei, apoi este prezentată reacția emoțională a primului partener la problemă. În spirit de colaborare, primul soț (cel care a început, arată în ce măsură el a contribuit la producerea și la menținerea problemei). Acest spirit de colaborare este absolut necesar pentru a reduce șansele ca problema să fie definită în termeni acuzatori, îi ajută pe celălalt soț să se simtă mai puțin atacat și îl stimulează pe acesta din urmă să se angajeze în demersul rezolvării problemei.

De asemenea, abordarea în spirit de colaborare îi ajută pe cei doi să evite situația în care unul dintre parteneri este 100% responsabil de producerea problemei sau 100% de găsirea soluției. Prima fază în cadrul procesului soluționării problemei constă din aplicarea „brainstorming"-ului în urma căruia este generată o listă de soluții posibile la problemă. La început toate soluțiile se acceptă și nici unul din soți nu trebuie să-și cenzureze soluțiile proprii sau pe cele ale partenerului. Terapeutul poate că adauge unele soluții dând discuției o notă de umor.

Exemplu: Problema constă în aceea ca soția se simte lovită și ignorată când soțul vine supărat de la serviciu și în loc s-o întrebe cum s-a simțit începe să-și povestească necazurile de la locul de muncă.

Soluții posibile:

b) Soluționarea problemei

a) În cadrul fazei de definire a problemei unul dintre soți începe prin a comenta ceea ce face

2. Când se întoarce acasă soțul își va săruta soția și cei doi vor discuta timp de 5 min. în legătură cu modul în care și-au petrecut ziua.
3. Dacă soțul are nevoie de mai mult timp pentru a se plânge de necazurile de la serviciu, el o va întreba pe soție dacă e dispusă să asculte și îi va cere să-i acorde un timp limită pentru asta. Dacă ea nu este dispusă să-l asculte el va apela la un prieten.
4. Soțul va contacta un consilier-psiholog cu care să discute problemele sale profesionale.
5. Soția îi va face semn discret să tacă și va începe să vorbească despre problemele ei.
6. Soțul nu va discuta niciodată acasă problemele de la serviciu.
7. Soția îi va solicita soțului un timp egal în cazul în care ea a acceptat să-i asculte plângerile, timp în care soțul trebuie să facă treabă la bucătărie în timp ce ea se uită la televizor.
8. Soția își va folosi abilitățile de ascultare atunci când soțul discută despre serviciu, iar acesta o va asculta, la rândul său cu atenție.
9. Soțul va renunța la serviciul care îl stresează.
10. Soțul va discuta cu șeful despre modul în care serviciul său ar putea deveni mai tolerabil.

După ce cuplul a generat lista de soluții posibile, fiecare soluție va fi testată după următoarele criterii:

1. Este ea absurdă?
2. Va ajuta respectiva soluție la rezolvarea problemei?
3. Care sunt argumentele pro și contra

1. Soţul să facă o plimbare timp de un sfert de oră înainte de a veni acasă, pentru a se detensiona.

tive. Acordul trebuie să fie foarte precis: cine şi ce va face, când, unde şi cum. Nu este obligatoriu să se aleagă doar o singură soluţie, ci se pot alege mai multe soluţii care se completează una pe alta sau urmează una alteia. Astfel, soţul poate discuta cu şeful în legătură cu optimizarea locului său de muncă. Dacă acesta nu e complezent, el se poate adresa psihologului consilier, pentru găsirea unui nou loc de muncă. Când se va întoarce de la serviciu el se va comporta afectuos cu soţia şi fiecare îi va povesti celuilalt cum s-a simţit în ziua respectivă etc.

Programul de rezolvare de probleme trebuie să debuteze cu probleme minore (casnice) şi abia apoi să se treacă la probleme de importanţă majoră, cu coloratură emoţională.

Ameliorarea interacţiunilor sexuale şi afective. Pentru cuplurile cu probleme sexuale este necesară o abordare terapeutică separată a acestor probleme. În cazul în care cuplul nu are probleme sexuale deosebite, terapeutul trebuie să accentueze asupra dezvoltării afecţiunii dintre parteneri şi a îmbogăţirii repertoriului relaţiilor sexuale. Se pot utiliza următoarele exerciţii:

1. Discutarea unor amintiri legate de experienţe afective pozitive realizate împreună;
2. Exerciţii de imaginaţie dirijată pe tema afecţiunii şi relaţiilor sexuale ideale;
3. Exerciţii de stimulare a comunicării prin intermediul cărora subiecţii sunt învăţaţi să

3. Care sunt argumentele *pro* și *contra* respectivei soluții?
În cele din urmă se cade de acord asupra soluției cu cele mai puține consecințe nega-

4. Îndreptarea atenției asupra zonelor erogene genitale și non-genitale;
5. Rezolvarea de probleme care au ca obiect inițierea și refuzul relațiilor sexuale;
6. „Brainstorming"-ul referitor la îmbogățirea comportamentului sexual, la găsirea unor noi variante de comportament sexual.

Unele cupluri care se prezintă la o ședință de psihoterapie sunt atât de frustrate încât sunt incapabile să se concentreze asupra a ceva cu adevărat constructiv. Acest lucru se întâmplă mai ales atunci când partenerii au un conflict nerezolvat care a avut loc în timpul săptămânii. În aceste cazuri este necesară însușirea unei tehnici de de-escaladare a conflictului: se procedează în așa fel încât conflictul să nu ia proporții. Această tehnică acționează atât pe plan cognitiv cât și comportamental.

În plan cognitiv, partenerii sunt ajutați să înțeleagă gândurile și sentimentele pe care le trăiesc în timpul conflictului, iar pe plan comportamental ei trebuie să conștientizeze opțiunile comportamentale care pot opri escaladarea conflictului. Tehnica implică două etape:

1. Demontarea (analizarea) conflictului (în ședința de psihoterapie), implică explorarea intențiilor și impactului pe care îl are fiecare etapă a conflictului asupra partenerilor, cât și clarificarea sentimentelor, gândurilor și convingerilor fiecărui partener în fiecare fază a conflictului.

Terapeutul trebuie să fie atent să acorde

intermediul cărora subiecţii sunt învăţaţi să acorde şi să primească feed-back-uri atunci când li se acordă afecţiune sau în timpul relaţiilor sexuale;

gândurile şi sentimentele ce apar în etapa de analizare a conflictului.

2. Explorarea opţiunilor cognitive şi comportamentale ale fiecărui partener în fiecare etapă a conflictului, opţiuni care pot contribui la de-escaladarea acestuia. Aceasta se poate realiza întrebând pe fiecare partener „Care ar fi modul diferit în care ai putea gândi despre acţiunile partenerului tău în momentul respectiv?" sau „Ce ai putea face în mod diferit pentru a împiedica lucrurile să se înrăutăţească?" Această abordare îi ajută pe soţi să-şi asume responsabilitatea propriilor acţiuni, să înceteze să-şi blameze partenerul şi în acelaşi timp, le indică posibile căi de rezolvare a conflictului.

În timpul practicării tehnicii de-escaladării conflictelor, terapeutul poate identifica anumite teme de conflict specifice cuplului, cât şi unele modele specifice de escaladare a conflictelor. Aceste modele disfuncţionale de interacţiune pot fi considerate metaforic ca un fel de dansuri în care ambii parteneri cunosc „paşii" şi acţionează împreună pentru escaladarea conflictului. Sullaway şi Christensen (1983) au identificat astfel de teme comune de conflict:

a) *Modelul solicitare-retragere:* unul din parteneri solicită din ce în ce mai multă atenţie şi afecţiune de la partenerul său care e mai rezervat. Cu cât primul solicită mai mult, cu atât celălalt are tendinţa de a se retrage tot

Terapeutul trebuie să fie atent să acorde ambilor soți posibilitatea de a-și expune punctul de vedere asupra conflictului, gândurile și sentimentele legate de acesta, precum și

de cuplu, iar celălalt este concentrat mai mult pe activitatea profesională.

c) *Modelul afectivitate-raționalitate:* unul din parteneri (de regulă soția) este excesiv de afectivă, în timp ce celălalt (de obicei soțul) este rațional, non-emotiv și logic.

Chiar și simpla identificare a modelelor de conflict poate fi utilă pentru unele cupluri. În astfel de cazuri, simpla examinare a procesului conflictual este suficientă pentru eliminarea partenerului destructiv.

Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să identifice semnele timpurii ale escaladării conflictului (activare emoțională, acuzații verbale, abordarea unor domenii vulnerabile etc.). Astfel, unul din parteneri identifică semnele timpurii ale declanșării unui conflict: „mă simțeam tot mai încordat, am început să transpir și mi-am dat seama că în curând voi exploda". Când unul sau ambii parteneri identifică semnele de conflict, ei pot opri escaladarea acestuia prin redirecționarea discuției.

Succesul psihoterapiei depinde de măsura în care deprinderile noi de comportament achiziționate în timpul ședințelor de psihoterapie se vor generaliza în viața de zi cu zi a subiectului.

În același timp, terapeutul trebuie să-i învețe pe parteneri să generalizeze cele învățate la noi situații de viață. După ce a lucrat asupra unei probleme, terapeutul trebuie să adreseze

alat celalalt are tendința de a se retrage tot mai mult.

b) *Modelul afiliere-independență:* unul din parteneri pune un accent mai mare pe relația

împreună, în absența terapeutului ședințe periodice de comunicare interpersonală în care să discute cât de bine merge relația lor. Trebuie subliniat faptul că majoritatea oamenilor nu-și identifică în mod corect stările psihice, ci doar sesizează vag faptul că ceva nu este în regulă.

Pentru ameliorarea relațiilor de cuplu, Fensterheim și Jean Baer (1977), înainte de practicarea unor exerciții de terapie cognitiv-comportamentală, fac următoarele recomandări:

1. *Renunțarea la prejudecățile legate de „sex-roluri"*. Societatea occidentală consideră că bărbatul și femeia trebuie să aibă trăsături psihologice opuse, care să exprime masculaitatea și respectiv feminitatea. Conform acestei prejudecăți se consideră că, dacă o femeie dă dovadă de calități, cum ar fi ambiția, dorința de realizare profesională, tendința de asumare a riscului sau calități de conducător, ea devine masculină. În același timp, un bărbat tandru, afectuos, sensibil la dorințele celorlalți este considerat ca fiind lipsit de masculinitate.

Teama de încălcare a acestor stereotipuri legate de sex-roluri poate conduce la o reprimare a unor trăsături importante de caracter, la știrbirea personalității subiectului și influențează negativ relațiile din cadrul cuplului. Astfel, multe femei se tem să se arate mai

întrebarea: *În ce alte situații de viață puteți aplica soluția respectivă?*
Terapeutul trebuie să-i ajute pe parteneri să devină proprii lor terapeuți, ei realizând

considerați oameni slabi de către partenerele lor. Aceste persoane nu-și dau seama de faptul că dezvăluirea unor calități considerate ca aparținând sexului opus nu înseamnă renunțarea la feminitate sau masculinitate, pentru că cineva poate să fie în același timp autoritar și blând, independent și tandru, acestea fiind calități umane și nu neapărat ale unui sex sau ale celuilalt.
Exprimarea deschisă a trăsăturilor de personalitate (indiferent cărui sex se crede că aparțin) în relația de cuplu permite realizarea unor relații mai profunde și mai autentice între parteneri.
2. *Stabilirea unor obiective specifice și elaborarea unor strategii de atingere a acestora.* Forța fricilor și fobiilor noastre de a ne destructura existența, stă mai ales în stabilirea unor obiective false în cadrul relației interpersonale. Din acest motiv, în cursul terapiei cognitiv-comportamentale subiectul trebuie să conștientizeze temerile sale, să le exprime în mod concret și să se expună situațiilor anxiogene până când acestea scad din intensitate.
Se indică alegerea unei situații specifice, legate de problemele de comunicare și subiectul decide în mod clar ce anume dorește să obțină și ce trebuie să facă în mod concret pentru aceasta

competente decât soţii lor în problemele financiare de pildă, pentru a nu le răni ego-ul masculin, în timp ce mulţi bărbaţi îşi reprimă nevoia de tandreţe şi afecţiune pentru a nu fi

raport cu fiecare situaţie, pacientul trebuie să-şi adreseze următoarele întrebări:
Ce atmosferă doresc să creez?; Despre ce anume ai dori să discutăm?; Cum aş dori să se comporte partenerul meu?; Cum aş dori să mă comport eu? Ce aş putea face pentru ca lucrurile să se îndrepte în direcţia dorită?; Ce aş putea face dacă lucrurile pornesc pe un drum prost?; Cum aş dori să se încheie discuţia?“ etc.
În cazul în care relaţia de cuplu este dominată de teamă, obiectivele partenerilor devin defensive (ne gândim mai mult la ceea ce nu dorim să se întâmple decât la ceea ce dorim să se întâmple). Stabilirea deliberată a unor obiective constructive poate inversa acest proces, facilitând comunicarea deschisă, negocierile, acceptarea divergenţelor de opinii şi utilizarea unei atitudini de tipul „doresc“ şi nu de tipul „trebuie neapărat ca tu să faci acest lucru“.

PROGRAM DE PSIHOTERAPIE PENTRU ELIBERAREA DE TEAMĂ ÎN RELAŢIILE INTERPERSONALE

La un moment dat Simone de Beauvoir l-a întrebat pe Jean-Paul dacă o iubeşte, iar acesta i-a dat un răspuns ambiguu: „Sunt cu tine, nu-i aşa?“

Situațiile asupra cărora se lucrează trebuie să fie, cel puțin la începutul terapiei, cât mai simple și mai precise (*„ce vom discuta la cină?"*, *„ce vom face în week-end?"* etc.). În

de persoane puternice și controlate, calități specifice stereotipului masculin.

În cadrul unui cuplu, incapacitatea de exprimare a sentimentelor complică foarte mult relațiile dintre parteneri, lăsând loc la neînțelegeri. Individul care nu-și poate exprima sentimentele devine, pe zi ce trece, tot mai insensibil la acestea și acest vid afectiv este generator de anxietate, pentru că cineva care nu-și pune în evidență niciodată personalitatea reală, trăiește un sentiment de disconfort psihic. Prezentăm, în cele ce urmează câteva exerciții prin intermediul cărora oamenii cu astfel de probleme să învețe să-și exprime sentimentele în mod spontan:

1. Subiectul trebuie să învețe să exprime verbal ceea ce simte, nu ceea ce gândește. Un prim pas în această direcție este ca el să realizeze diferența între cerințele (mai ales verbele) care exprimă stări afective și cuvintele care exprimă gânduri sau acțiuni.

Verbe (predicate) care exprimă stări afective	Verbe (predicate) care exprimă stări sau acțiuni
Doresc	Presupun
Detest	Cred
Ador	Consider
Disprețuiesc	Îmi imaginez

Problema este că foarte multe persoane nu-și exprimă deschis sentimentele de teama de a părea ridicoli sau de teama de a fi rejectați. Astfel, unii bărbați consideră că dacă ar arăta ce simt cu adevărat și-ar distruge imaginea

2. Într-o etapă ulterioară subiectului i se cere să utilizeze cât mai frecvent termeni legați de propria persoană („eu", „mie"), împreună cu predicatele care se referă la stări afective, ca de pildă: „Eu îmi doresc ca tu să fii acea fată cu care m-am căsătorit și nu o femeie cicălitoare". „Îmi e silă de felul în care mama ta mă ironizează ori de câte ori vine la noi la masă" etc.

3. Dacă subiectul are probleme să se refere la persoana sa, terapeutul îi sugerează să noteze într-un carnet ori de câte ori a utilizat termeni legați de propria persoană și să-și acorde o recompensă atunci când depășește cifra zece.

În același timp i se cere să utilizeze în mod deliberat, cât mai frecvent posibil, următoarele tipuri de propoziții:

Îmi place ceea ce ai spus	*„Nu-mi place ceea ce ai spus"*
„Mi-a plăcut cum ai procedat"	*„Nu mi-a plăcut cum ai procedat"*
„Aș dori ca tu să faci aceasta..."	*„Nu aș dori ca tu să faci aceasta..."*

În timpul acestui gen de antrenament, partenerul este instruit să asculte și să răspundă în același mod utilizând, la rândul său, afirmații cu încărcătură emoționată.

La cabinetul de psihoterapie s-a prezentat un

Mă bucur	Concluzionez
Îmi pasă de	Înțeleg
Mi-e dor	Interpretez
Invidiez	Evaluez
Iubesc	

București, era mult mai cultă, mai deschisă și se exprima degajat în orice împrejurare. Deși cei doi țineau realmente unul la celălalt, ei se certau aproape tot timpul. Deoarece soțul nu izbutea să exprime ceea ce simțea, soția nu era capabilă să intre într-un contact real cu acesta, fapt ce o determina să se simtă singură și părăsită. Simțindu-se neînțeles, soțul manifesta o stare de iritare permanentă, generatoare de conflicte.

Terapeutul i-a trasat soțului sarcina de a nota într-un jurnal ori de câte ori utilizează fraze specifice comunicării afective. De patru ori pe săptămână, timp de o oră, cei doi soți trebuiau să stea în fața unui reportofon, soțul fiind solicitat să spună ce simte în legătură cu o anumită problemă la care s-a gândit dinainte. Soția trebuia să asculte afirmațiile acestuia și să reproducă ceea ce crede că simte el, utilizând propriile ei cuvinte. În același timp, ea trebuia să-i adreseze întrebări atunci când nu era sigură că a sesizat exact ceea ce simțea soțul ei. La sfârșitul ședinței de psihoterapie, soțul trebuia să asculte caseta și să noteze situațiile în care a utilizat comunicarea emoțională.

O altă nemulțumire mare a soției consta în aceea că, în timp ce făceau dragoste, niciodată soțul ei nu i-a spus vreun cuvânt tandru. Întrebat de terapeut în legătură cu acest lucru,

cuplu care a solicitat terapie de familie. Soțul, un inginer de 27 de ani, provenit din mediul rural, era foarte tăcut și avea mari dificultăți să-și exprime sentimentele. Soția, filolog, de 25 de ani, fiică de profesor universitar din

aștept să ajung mai repede, dar în același timp mă îngrozesc la gândul că va fi iarăși scandal".

De asemenea, un alt semn că terapia urma o direcție bună a constat în faptul că soțul a început să-și exprime sentimentele de tandrețe în timpul relațiilor sexuale.

Indiferent de anxietățile sau de stereotipiile conversaționale achiziționate de-a lungul timpului, subiectul trebuie să se antreneze treptat, să comunice într-o manieră mai apropiată. Deoarece se temea teribil să-și arate adevărata față, Cornel nu putea comunica soției sale decât un singur lucru: furia și nemulțumirea, deși o iubea foarte mult. Dragostea profundă pe care i-o purta l-a determinat să se adreseze cabinetului de psihoterapie. În timpul interviului terapeutic, i s-a cerut lui Cornel să relateze o experiență semnificativă pe care a avut-o între 10 și 20 de ani. Iată ce a răspuns pacientul:

„În clasa a 8-a m-am înscris la baschet dorind foarte mult să ajung un mare jucător. Deși am fost selecționat, nu am reușit să fiu decât rezervă, intrând relativ puțin pe teren. La un moment dat, un coleg s-a îmbolnăvit și atunci am putut juca aproape tot meciul și am marcat de mai multe ori. A fost extraordinar."

Terapeutul i-a atras atenția pacientului că povestirea sa evidențiază destul de puțin ceea ce

el a spus că nu-i vine să spună astfel de vorbe. După o lună de terapie, soțul i-a spus la un moment dat terapeutului, în prezența soției sale: „nici nu vă dați seama ce înseamnă să te simți atât de încordat cum m-am simțit eu. Când mă întorc acasă de la serviciu, de abia

care o țineam bine ascunsă. Mai mult, unchiul meu era antrenor de baschet și uneori, când avea timp, ne jucam împreună și totdeauna sufeream mult când nu eram îndemânatic. Visam mereu să ajung baschetbalist, deși în sine mea eram convins că nu voi reuși. Când am ajuns rezervă, m-am simțit în același timp, fericit și dezamăgit. Când am fost solicitat să joc tot meciul am simțit că visul meu devine realitate. Parcă nu era adevărat. Parcă simțeam că zbor. Din păcate aceastâ a fost singurul meu succes în sport. De atunci nici nu am mai încercat să intru în vreo echipă de baschet".

Terapeutul i-a cerut pacientului să elaboreze un număr cât mai mare de povestiri de acest tip și treptat, a început să-i fie ceva mai ușor să-și exprime sentimentele autentice. Pacientul a învățat să-i vorbească soției despre experiențele din tinerețe, despre succesele profesionale, despre ceea ce a simțit când s-a îndrăgostit de ea, precum și despre evenimentele mai importante care l-au marcat în timpul căsătoriei.

La începutul terapiei, Cornel conștientiza mai ales sentimente de ostilitate și furie. În timp ce relata povestirile solicitate s-au petrecut două fapte semnificative:

– pacientul a început treptat să conștientizeze

a simțit el atunci. După câteva încercări mai puțin reușite, iată noua relatare a pacientului: „De când eram copil mi-am dorit să joc baschet. Aveam chiar și o colecție de poze cu cei mai mari jucători ai lumii, colecție pe

În acest caz, etapele psihoterapiei au fost următoarele:

1. Sprijinirea pacientului să ajungă la un nivel de comunicare încărcată afectiv: „Alegeți o experiență emoțională (poate fi ceva vesel, trist sau chiar o psihotraumă), care s-a petrecut în tinerețea dumneavoastră. Trebuie să fie o experiență semnificativă pentru dumneavoastră. Povestiți-o cu voce tare, sau mai bine înregistrați-o și gândiți-vă cum ați putea relata experiența respectivă într-un mod mai încărcat emoțional.
2. Povestiți experiența respectivă partenerului dumneavoastră de viață.
3. Persoana care ascultă (partenerul), trebuie să-și controleze propriile trăiri și sentimente, să caute să surprindă toate nuanțele relatării, să intre, pe cât posibil, în „pielea" personajului care povestește.
4. Cereți partenerului de viață să relateze, la rândul său, o întâmplare semnificativă din existența sa. Acum este rândul dumneavoastră să intrați în pielea personajului respectiv.

În cadrul relațiilor apropiate, oamenii se tem adesea să-și exprime sentimentele de tandrețe, de frica de a nu fi exploatați, de a nu se profita de pe urma lor, de a nu părea slabi sau dependenți. Din acest motiv, mulți parteneri devin experți în tehnica de a se răni unul pe celălalt, uitând faptul că ar putea să-și acorde

și alte tipuri de sentimente, de pildă, faptul că era mândru de succesele școlare ale fiicei sale sau faptul că simțea satisfacție să desfășoare acțiuni comune împreună cu familia sa;
– pacientului a început să-i fie tot mai ușor să discute liber despre aceste sentimente;

– să învețe partenerul să realizeze în mod deliberat, acele acțiuni care oferă satisfacție partenerului de viață, în felul acesta relația devenind mai gratificantă pentru ambii parteneri.

Prezentăm, în cele ce urmează, niște modele de exerciții prin intermediul cărora subiectul este învățat să acorde sprijin, încredere și afecțiune celuilalt:

1. Într-o primă etapă, subiectului i se cere să aleagă două zile pe săptămână când va avea grijă de partenerul său. Apoi, partenerul va fi solicitat, la rândul său să realizeze același lucru pentru celălalt.
2. În etapa a doua, pacientul este solicitat să realizeze o listă cu acțiunile care ar putea face plăcere partenerului. Foarte mulți subiecți se simt blocați atunci când li se cere să elaboreze astfel de liste, spunându-și în gând („dar dacă o să greșesc?", „dacă acțiunea pe care am ales-o va dovedi faptul că eu nu o/îl înțeleg destul de bine?" etc.

Terapeutul trebuie să-l încurajeze pe pacient să elaboreze lista respectivă, în ciuda îndoielilor sale, aceasta putând fi corectată prin observarea atentă a reacțiilor partenerului. Astfel de acțiuni ar putea fi:

„Utilizați spray-ul care îi place foarte mult soțului dumneavoastră". „Puneți discul sau caseta cu cântecul favorit al acestuia".

afecţiune reciprocă. Tehnica acordării afecţiunii aparţine lui Richard Stuart (1973) şi implică următoarele obiective:

– să determine pe fiecare partener să devină conştient de ceea ce îi face plăcere celuilalt şi nu de ceea ce îl enervează;

3. Pacientul este solicitat să declanşeze anumite acţiuni din cadrul listei elaborate în prealabil, iar partenerul trebuie să le accepte, ca atare, fără să protesteze sau să devină hipercritic.
4. Discutarea împreună cu partenerul, a acţiunilor de acordare a atenţiei.

În urma unor astfel de discuţii, poate să iasă la iveală faptul că, de pildă, soţului dumneavoastră nu-i face plăcere să i se aducă micul dejun la pat. Ca urmare pacientul îşi va restructura lista în acord cu preferinţele partenerului de viaţă.
5. Această etapă presupune realizarea procesului invers, în cadrul căruia, celălalt membru al cuplului va realiza anumite acţiuni despre care crede că ar putea face plăcere partenerului, acesta din urmă fiind obligat să le accepte ca atare. După câteva zile cei doi analizează împreună ceea ce s-a petrecut.

Foarte frecvent partenerii evită discuţiile legate de aspectele conflictuale care au loc în cadrul cuplului, de teama faptului că aceste discuţii ar putea duce la destrămarea familiei. De multe ori spunem în gând: „nu contează e un fleac!“ deşi cele întâmplate ne afectează foarte mult.

Decizia cu privire la discutarea deschisă a dificultăţilor din familie poate fi luată sau nu ţinând

caseta cu cântecul favorit al acestuia". „Îmbrăcați acele haine care îi plac foarte mult soțului/soției. „Invitați partenerul la o acțiune comună despre care știți că îi va face plăcere".

modernă implică un contract reciproc avantajos, în cadrul căruia cei doi soți trebuie să interacționeze de pe poziții egale.

– Alte persoane nici nu îndrăznesc măcar să exprime deschis faptul că există o problemă în familie pentru că au impresia că aceasta se va destrăma și că nu au o altă alternativă de viață.

Pentru soluționarea crizelor familiale, terapeuții comportamentaliști propun elaborarea unui așa-zis contract de conviețuire, contract mituit să faciliteze comunicarea deschisă și rezolvarea conflictelor care se ivesc. Acest contract are menirea de a elibera pe subiect de teama patologică de a-și clarifica problemele, precum și de a postula în mod clar drepturile și responsabilitățile fiecăruia dintre soți.

Într-o primă etapă membrii cuplului cu probleme trebuie să definească precis sectoarele și aspectele existenței de care doresc să se ocupe, ca de pildă:

– Responsabilitățile gospodărești și împărțirea atribuțiilor;

– Decizia în legătură cu posibilitatea de a avea copii, planning-ul familial, cine asigură îngrijirea copiilor, iar în cazul în care unul din soți se recăsătorește, care ar fi drepturile părintelui

seama de o serie de aspecte, cum ar fi:
– Persoana în cauză îşi pune problema dacă are sau nu dreptul să determine în vreun fel modul de viaţă comun. Este evident că majoritatea problemelor de acest gen şi le pun femeile, ignorând faptul că o căsătorie

– Problemele financiare, legate de proprietăţi, câştiguri, cheltuieli şi economii.
Fiecare membru al cuplului este solicitat să realizeze în mod independent o listă referitoare la problemele de mai sus şi apoi listele se confruntă şi se negociază în prezenţa terapeutului.
Listele de probleme trebuiesc permanent reînnoite, reevaluate, ameliorate şi chiar renegociate, deoarece este evident că viaţa unui cuplu este un proces dinamic.
Un alt aspect important în construirea unei relaţii interpersonale autentice constă în învăţarea subiectului să realizeze şi să suporte o critică de tip constructiv.
Acest lucru contribuie la clarificarea problemelor şi neînţelegerilor şi netezeşte calea pentru negociere şi soluţionarea acestora. O critică reciprocă, bazată pe afecţiune nu face decât să-i apropie mai mult pe parteneri.
Multe persoane evită să-şi critice partenerul, fie de teama de a nu-l răni, fie de teama de a nu fi contraatacat, acestea preferând să păstreze tăcerea şi să acumuleze resentimente care vor izbucni într-un moment sau într-un loc nepotrivit sau vor avea un alt obiect decât cel real.
Adesea criticile şi certurile lipsite de sens nu

recăsătorește care ar fi drepturile părintelui adevărat și ale celui vitreg asupra copiilor;
– Decizia în legătură cu utilizarea spațiului din locuință;
– Decizia legată de timpul liber. Astfel, unele cupluri preferă să împartă timpul în timpul meu, timpul tău și timpul petrecut împreună;

deră că obligația lui față de soție este să câștige cât mai mulți bani și din acest motiv el lucrează și în week-end. Nici unul din parteneri nu-i comunică celuilalt așteptările și nemulțumirile sale. Rezultatul este că, soția, dezamăgită își spune: „nu mă iubește, totul este pierdut", iar soțul își spune la rândul său: „tu nu înțelegi ce povară apasă pe umerii mei, încetează să mă mai cicălești!".
În cazul în care aceste critici neexprimate nu vor fi scoase la lumină, ele vor constitui o sursă permanentă de nemulțumire care poate submina existența cuplului.
Model de antrenament psihologic pentru acceptarea criticii (după Fensternheim și Jean Baer, 1977)
1. *Conștientizați faptul că vă supără să fiți criticați de partenerul de viață.* Pentru a realiza acest lucru răspundeți la următoarele întrebări:
– în relația cu partenerul de viață, doar acesta obișnuiește să vă critice?
– vă simțiți adesea cuprins de resentimente pe care le exprimați rareori?
– conduce critica din cadrul familiei la certuri fără sens?
– vă face critica celuilalt să vă simțiți mereu vinovat?

reprezintă decât rezultatul unor „contracte maritale" neclarificate, deoarece partenerii intră în relația maritală atât cu expectații deschise, cât și cu expectații mascate, neconștientizate. Astfel, soția va aștepta ca soțul să-și petreacă sfârșitul de săptămână împreună, în timp ce acesta din urmă consi-

În aceste cazuri, sfatul dat de psihologul comportamentalist este ca subiectul să accepte să realizeze și să primească o critică de tip constructiv. Astfel, în loc să răspundă defensiv („eu nu am făcut aceasta") sau agresiv (ești un om de nimic, un ignorant, un prost"), acesta ar trebui să dea un răspuns care să favorizeze cooperarea („da, e probabil vina mea, dar să vedem ce putem face...").

2. *Învățați să primiți critica în mod calm și liniștit.*

Primul răspuns la orice fel de critică trebuie să nu vă tulbure în mod exagerat, scopul acestuia nefiind modificarea partenerului, ci stăpânirea situației. Pentru a realiza acest lucru:

– utilizați o conversație încărcată emoțional, ceea ce presupune intensificarea comunicării și nu o reacție agresivă. Astfel, dacă soția vă critică pentru că ați fost prost dispus de dimineață este bine să-i răspundeți: „ai dreptate, m-am simțit iritat pentru că mi-ai spus de 10 ori să fac acel lucru".

– ripostați fără agresivitate;

– utilizați umorul; astfel, un pacient, căruia soția îi reproșa mereu că se îmbracă neglijent a fost învățat de terapeut să-i răspundă: „sunt mai sexy așa, ce zici?";

– fiți înțelegător cu partenerul de viață, reali-

vinovat?
– vă criticați, la rândul dumneavoastră partenerul la timp nepotrivit și în locuri nepotrivite?
– în căsnicia dumneavoastră ia critica proporții exagerate?
Persoanele care răspund da la majoritatea întrebărilor de mai sus se tem, în mod nejustificat să critice sau să fie criticate.

acumularea unor resentimente. Pentru a realiza acest lucru notați pe o foaie de hârtie reproșurile pe care doriți să i le aduceți partenerului și realizați un joc de rol împreună cu partenerul, joc de rol în cadrul căruia acesta va accepta în mod deliberat critica și va răspunde pe un ton calm. Începeți cu afirmațiile cele mai blânde, cele mai puțin supărătoare. Pentru a ajunge la o comunicare interpersonală eficientă este indicat ca subiectul să învețe să-și modifice și stilul de a critica. Pentru aceasta, trebuie să ținem seama de următoarele sfaturi:
– nu vă criticați niciodată partenerul în public;
– evitați să-l criticați atunci când este nervos;
– nu utilizați comparații de genul „mama mea gătea mai bine“ sau „fosta mea soție făcea altfel“;
– nu atacați partenerul de viață ca persoană. Astfel, nu spuneți: „tu nu ești bună de nimic“, „niciodată n-ai să fii în stare să faci un lucru bun“. Mult mai indicat ar fi să spuneți „mă nemulțumește modul în care faci aceasta; „poate că ai putea să-ți schimbi stilul, ce zici“?.
4. *Blocați modelul automat de răspuns.* Există unele persoane care, indiferent de ce

zând că uneori, fără să vrea, acesta se descarcă asupra dumneavoastră după o zi încărcată de stres, iar criticile pe care acesta le exprimă nu vă sunt adresate cu adevărat.
3. *Învățați să criticați pe celălalt fără să-l răniți.* În același timp nu reprimați tendința de a-l critica, deoarece aceasta va conduce la

oprească aceste reacții prin intermediul unei tehnici de relaxare. Astfel, ori de câte ori ne dăm seama că vom declanșa o reacție de furie și vom începe să țipăm, este indicat să ne relaxăm și să respirăm controlat repetând mental cuvântul „calm", odată cu fiecare expirație.
Chiar dacă exercițiul reușește, aceasta nu înseamnă că subiectul nu va mai simți niciodată teamă, furie sau că nu va dori să se retragă în carapacea sa, dar stările emoționale respective vor fi controlate. În locul reacției automate ca aceea a unui robot, persoana va putea comunica partenerului său ceea ce simte cu adevărat, și acesta, va înțelege, la rândul său, despre ce este vorba.
Prejudecățile noastre despre cum trebuie să fie un soț sau o soție ideală joacă adesea un rol foarte important în evoluția relației interpersonale. Când aceste prejudecăți se centrează în jurul modului în care trebuiesc făcute anumite lucruri și când se combină și cu o teamă patologică de critică, ele pot deveni destructive. Astfel, dacă nu facem ceea ce credem noi că trebuie să facem în calitate de soț sau soție, ne așteptăm să fim criticați, iar pentru a evita această critică vom

anume face partenerul, reacţionează mereu într-o manieră stereotipă punând în acţiune reacţii de evitare, culpabilitate şi retragere şi acest model de acţiune a căpătat un caracter automat. Primul pas în renunţarea la acest model automat de comportament constă în conştientizarea lui prin intermediul autoobservaţiei. Odată identificate, subiectul învaţă să

petrece timpul liber într-un mod mai plăcut într-un apartament mai puţin perfect aranjat. Din acest motiv, terapeuţii comportamentalişti recomandă pacienţilor săi să mai facă şi unele lucruri pe care doresc să le facă, bineînţeles dacă acest lucru este raţional, pentru a învinge teama că nu sunt nişte soţi ideali. Mulţi parteneri care nu se înţeleg defel, se tem totuşi să rupă relaţia, fie datorită fricii de abandon, fie deoarece consideră divorţul ca pe un mare eşec în viaţă (dacă ai ajuns la divorţ, înseamnă că este ceva în neregulă cu tine").

În ciuda ratei crescute a divorţurilor, multe persoane de vârstă medie se mai tem de ce anume va spune lumea dacă vor divorţa. Există şi persoane care se tem de divorţ, datorită unor dificultăţi sau sarcini suplimentare care le-ar putea reveni, vor trebui să câştige mai mulţi bani, vor trebui să se descurce singuri în gospodărie etc.

De asemenea, teama exagerată ca partenerul să nu sufere, poate prelungi la nesfârşit o relaţie nefericită de cuplu, relaţie care se transformă în tortură pentru ambii soţi. Adesea, partenerul nefericit nu întreprinde

face în așa fel încât cuvântul „trebuie" și nu „aș dori" sau „mi-ar face plăcere" să ne conducă viața. De pildă, doi soți tineri care lucrează și studiază la cursuri serale nu au timp să stea împreună decât în week-end, pe care însă și-l petrec făcând curățenie în casă. Este evident că relația din cadrul cuplului ar funcționa mult mai bine dacă cei doi și-ar

Dacă nici una din acțiunile întreprinse nu a funcționat, apelați la un consilier-terapeut care vă poate ajuta să luați decizia cea mai bună. În cazul în care vă decideți pentru separare, veți constata că, în ciuda fricilor legate de ce anume se poate întâmpla după divorț, vă veți simți mult mai bine dacă încheiați relația.

*

* *

În încheiere precizăm faptul că metodele de psihoterapie scurtă, comportamentală și cognitiv-comportamentală a tulburărilor anxioase sunt simple, economicoase și pot fi, cu unele adaptări, utilizate și de subiectul însuși, chiar în afara unor cabinete specializate de psihoterapie sau, în orice caz, după un număr minimal de ședințe realizate sub îndrumarea unui terapeut calificat.

nimic așteptând ca celălalt să-și asume responsabilitatea intentării acțiunii de divorț. Înainte de a lua o decizie, atât de importantă cum este aceea de a divorța trebuie, în primul rând să ne asigurăm că am făcut tot ce este posibil ca relația să funcționeze.

Pentru a realiza acest lucru, este de dorit să întreprindem împreună cu partenerul, toate eforturile pentru salvarea căsniciei.

BIBLIOGRAFIE SELECTIVĂ

1. Bernard, E (Eds) – Using Rationale Emotive Therapy Effectively. A Practitioner's Guide. Plenum Press, New York, London, 1991.
2. Coleman, J. C.; Butcher, J. N. Carson, R.C. – Abnormal Psychology and Modem Life. Scott Foresman Camp; Glenview, Illinois, London, 1984.
3. Fenstornheim, H; Baer, Jean. – Stop Running Scared! Fear Control Training: The New Way to Conquer Fears, Phobias and Anxieties. Dell Publishing Co; Inc. New York 1977.
4. Gazda, G. M.: Multiple Impact Training: A Life Skill Approach in: Lorson, D(Eds). Teaching Bychological Skills. Brooks Publishing Camp. Monterey, California, 1993.
5. Grieger, R. M.: Keys to Effective RET

7. Hawton, K.; Salkovskis P. M.; Kirk, J.; Clark, D. – Cognitive Behavior Therapy for Psychiatrie Problems. A Practical Guide. Oxford Univ. Press, 1989.
8. Holdevici, Irina; Vasilescu, I. P. – Psihoterapia – un tratament fără medicamente. Ed. CERES, Bucureşti, 1993.
9. Holdevici, Irina – Autosugestie şi relaxare. Ed. CERES, Bucureşti, 1995
10. Holdevici, Irina – Elemente de psihoterapie, Ed. ALL, ed. a II-a, Bucureşti, 1996
11. Huber, W.: Psihoterapiile – Terapia potrivită fiecărui pacient. Ed. Ştiinţifică şi Tehnică, Bucureşti, 1997.
12. Ionescu, G. – Tratat de Psihologie Medicală şi Psihoterapie. Ed. ASKLEPIOS, 1995.
13. Larson, D. (Eds) – Teaching Psychological Skill. A Model for Giving Psychology Away. Brooks-Cole, Publishing Comp.; Monterey, California, 1984.
14. Lazarus, R. – Paterns of Adjustment. Mc. Graw Hill Book Comp. New York, San Francisco, Washington, London, Jossey Bass, 1984.
15. Sank, L. I.; Shaffer, S. Carolyn – A Therapist's Manual for Cognitive Behavior Therapy in Groups. Plenum